

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1904-1905. — N° 31

DES
HERNIES DES ORGANES GÉNITAUX
de la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Denis BOULFROY

Né le 30 Septembre 1877, à Le Mazis (Somme)

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

Prix PICAMELOT 1904



DIJON

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

40, Rue Amiral-Roussin, 40

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 31

DES
HERNIES DES ORGANES GÉNITAUX
de la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

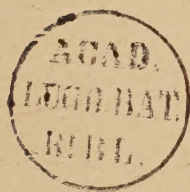
PAR

Denis BOULFROY

Né le 30 Septembre 1877, à Le Mazis (Somme)

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE DIJON

Prix PICAMELOT 1904



DIJON

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

40, Rue Amiral-Roussin, 40

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.
PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU
PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		X.
Physique médicale		AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire.		X.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	REGAUD.	GAYET.
PIC.	COURMONT (P.).	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BÉRARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur ;
MM. BÉRARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JABOULAY

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons à cœur d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui, par leurs conseils ou leur enseignement, ont contribué à notre instruction.

Nous ne pourrions oublier la paternelle bienveillance que nous a toujours témoignée M. le docteur Deroye, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon. Qu'il reçoive ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour ses judicieux conseils et ses excellentes leçons.

Nos débuts en médecine ont été facilités par les cliniques si claires et si précises de M. le docteur Ed. Morlot qu'une retraite prématurée nous a malheureusement enlevé, alors que M. le docteur Deroye continuait de nous prodiguer ses avis éclairés de praticien consommé. Notre instruction médicale fut parfaitement complétée par les savantes leçons de MM. les docteurs Dubard et Perrin, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, et par les bons conseils de MM. les docteurs Breton, Lucien et Lamouche. Que tous veuillent bien accepter ici l'expression de notre profonde gratitude.

La médecine des enfants nous fut enseignée par M. le docteur Broussolle dont la bienveillance à notre égard ne s'est pas démentie et qui n'a jamais cessé de diriger nos études et de nous prodiguer ses encouragements. Aussi avons-nous été heureux de le retrouver

plus tard comme interne de son service de chirurgie. Nous lui gardons une sincère reconnaissance.

Les excellentes cliniques chirurgicales de M. le docteur Parizot ont guidé nos premiers pas en chirurgie et nous avons été heureux de pouvoir compléter notre instruction comme interne sous ses ordres. M. le docteur Cottin nous a, le premier, initié à l'antisepsie et nous regrettons bien vivement qu'une brusque maladie nous ait privé de ses bons conseils. En M. le docteur Baron, nous avons trouvé un chef de service affable et expérimenté et en M. le docteur Abrant un chef de clinique aussi aimable que dévoué. A tous nous adressons l'expression de nos sincères remerciements.

Que M. le Dr Gautrelet reçoive ici l'expression de notre gratitude pour ses bonnes leçons d'obstétrique complétées par les cliniques de M. le Dr Fontagny dont nous nous souviendrons.

L'enseignement théorique nous fut prodigué à l'Ecole de Dijon par une pléiade de professeurs que nous ne voulons pas oublier : MM. Zipfel, Baron, Broussolle, Colette, Tarnier, Quioc et Dubard nous ont facilité, par leurs leçons, l'étude des sciences médicales. L'anatomie nous fut enseignée par M. le docteur Pauffard qu'une mort impitoyable nous a ravi prématurément, nous privant de ses leçons et de son dévouement. Nous avons eu la douleur d'assister à ses derniers moments et d'entendre tous ses regrets de quitter si tôt son Ecole et ses Etudiants qu'il aimait tant. Nous adressons à sa Mémoire un souvenir ému.

Nous avons à adresser tous nos remerciements à M. le docteur Sorel, qui, récemment arrivé à Dijon, a

bien voulu nous guider dans notre Thèse et nous offrir deux observations recueillies dans son service de chirurgie du Havre par M. Le Nouène, interne.

L'une de ces observations, ayant trait à une hernie de l'utérus avec les deux trompes suppurées, doit faire la base d'un travail de M. Maurice Bordeau, interne des hôpitaux du Havre, sur les « Hernies de l'utérus. » Que M. le docteur Yvert, ancien médecin principal, reçoive aussi l'expression de notre reconnaissance pour ses sages avis basés sur une grande érudition.

Au moment de quitter la salle de garde de l'hôpital de Dijon, nous sommes heureux de nous souvenir des excellentes relations que nous avons toujours eues avec nos camarades d'Internat, Finelle, Chancel, Loquin, Potheau et surtout Lafourcade, de notre promotion.

INTRODUCTION

Etant interne du service de chirurgie des femmes à l'hôpital de Dijon, nous avons eu l'occasion de voir poser par nos Maîtres l'hypothèse de hernie de l'ovaire à propos d'une malade atteinte de hernie épiploïque étranglée.

Cette hypothèse nous amena à faire des recherches sur le sujet et nous en arrivâmes à penser que cette étude pouvait faire l'objet de notre thèse inaugurale.

C'est le résultat de ce travail que nous présentons aujourd'hui.

Outre les hernies de l'ovaire, il nous a paru intéressant d'étudier également les hernies de la trompe de Fallope, celles de l'ovaire et de la trompe, enfin celles de l'utérus et des annexes qu'il soit gravide ou non. Cette division se retrouvera dans tous les chapitres de notre thèse, sauf pour le pronostic et le traitement que nous avons traités en général.

Notre travail comprendra, outre l'Histoire et les Conclusions, six grandes divisions : le premier chapitre traite de l'Étiologie des Hernies ; le deuxième comprend l'Anatomie pathologique ; le troisième montre les symptômes propres à chaque ordre de tumeur herniaire ; le quatrième indique les difficultés du diagnostic ; le cinquième est réservé au pronostic et aux complications ; le sixième enfin donne le traitement.

Mais avant d'aborder cette étude, nous devons

remercier M. le Professeur Jaboulay du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la Présidence de notre Thèse.

M. le Professeur agrégé Bérard a droit aussi à toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en mainte occasion.

M. le docteur Patel, agrégé de la Faculté, a eu l'obligeance de nous fournir une observation inédite et nous l'en remercions bien vivement.

Nous devons aussi tous nos remerciements à MM. Pinatel, moniteur de clinique chirurgicale, et Gavaillon, interne des Hôpitaux de Lyon, qui ont bien voulu nous communiquer également une observation inédite.

HISTORIQUE

Peyrilhe (Histoire de la chirurgie) attribue à *Soranus* d'Ephèse (an 97 de notre ère) la première observation de hernie de l'ovaire. Cette observation, traduite par Darenberg, se termine par ces mots : « Chez cette femme, il y eut pendant l'opération une chute du testicule, par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent, avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi ».

Il nous faut alors attendre jusqu'au xvii^e siècle avec *Dœring* (De herniæ uterinæ atque hanc justo tempore subsequenti partus Cæsarei historia Vitembr. 1612) pour entendre de nouveau parler des hernies des organes génitaux de la femme. En 1616, on retrouve dans les œuvres de *Fabrice de Hilden* (p. 833) une lettre de Dœring présentant une observation de grossesse dans un utérus hernié. *Svammerdam*, en 1672, traite de cette question dans son ouvrage « *Miraculum naturæ sive uteri mulieris fabrica* » paru à Leyde. Vers la même époque, *Bessière*, chirurgien de Paris, traite des hernies de la trompe et de l'ovaire.

Dionis (Cours d'opérations de chirurgie, 1707) parle des hernies des organes génitaux dans la hernie inguinale chez la femme.

Louis Léger de Gouey, chirurgien juré de Rouen, publie en 1716 (La véritable chirurgie établie sur

l'expérience et la raison) une observation de grossesse dans une hernie tubo-ovarienne.

Haller, en 1750, dans ses « *Disputationes chirurgicæ* » cite un cas de hernie ischiatique de l'ovaire dû à Papen de Gottingue.

Percival Pott (1777) publie un cas de hernie inguinale double des ovaires.

Camper, en 1759, trouve un cas de hernie double de l'ovaire (ombilicale et ischiatique) et en 1765, un cas de hernie inguinale droite du même organe.

Balin, dans l'« *Art de guérir les Hernies*, p. 150 » (1768) cite un cas de hernie inguinale de l'ovaire avec grossesse extra-abdominale constatée à l'autopsie.

Desault (1770) trouve dans une autopsie une hernie inguinale comprenant l'ovaire, la trompe et l'utérus.

En 1777, dans ses « *Œuvres chirurgicales* » (t. I, p. 492) *Percival Pott* revient sur les hernies de l'ovaire.

Nous revenons aux hernies de l'utérus avec *Oneides* (De hernia uteri, Leyde, 1780) et aux hernies de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus avec *Lallement* (Bulletin de la Fac. Méd. de Paris, t. I, p. 1, 1816).

Lassus, en plusieurs ouvrages (Pathologie chirurgicale, t. 2, p. 499, 1809. — Médecine opératoire, p. 211. Paris, an III), rapporte plusieurs cas de hernies ovariennes.

En 1813, *Murat* écrit ses « *Recherches sur les hernies de l'ovaire* », dans le dictionnaire en 60 volumes et la même année, *Deneux* publie son « *Mémoire sur les hernies de l'ovaire* », où il insiste sur les hernies congénitales avec persistance du canal de Nück et sur la difficulté du diagnostic.

On trouve un cas de hernie inguinale de l'ovaire et du pavillon de la trompe, dans le « Traité des maladies des enfants », de *Billard* (Paris, 1837).

Ledesma, de Salamanque, publie (*Gazette médicale*, p. 175, 1840, et *Journal de soc. de Méd. prat. de Montpellier*, t. I, p. 44), une observation de hernie de l'utérus gravide. La même année, *Verdier* (*Traité pratique des hernies*, p. 394), signale une observation de hernie crurale de l'ovaire droit, tandis que *Velpeau* décrit la hernie ovarienne sous le nom d'ovarioncie. (*Dictionnaire de médecine*, t. XXVII, p. 560).

Th. Fischer (*Ann. de la Chirurgie française et étrangère*, t. V, p. 249. Paris, 1842), cite une femme de 44 ans qui fit une hernie de l'utérus gravide à sa huitième grossesse.

En 1846, *Desormaux* et *Dubois* (*Répertoire général des sc. médicales*, t. XXX, p. 331), confondent les hernies vraies de l'utérus avec les projections de l'utérus gravide hors de l'abdomen par une éraillure de la ligne blanche ou de quelque autre endroit de l'enceinte musculo-aponévrotique.

En 1846, *Neboux* (*Arch. gén. de médecine*), cite un cas d'étranglement de l'ovaire hernié.

Oldham (*The London medical gazette*, 1847), notant quelques hernies de l'ovaire, insiste sur l'augmentation de volume et l'accroissement de douleur de ces hernies au moment des règles.

Maisonneuve, dans sa Thèse de professorat en 1850, décrit surtout l'étranglement des hernies de l'ovaire et en 1851, *Morel Larallée*, à la Société de chirurgie, insiste sur l'attraction du fond de l'utérus vers l'ovaire hernié.

Guersant (Gazette des Hôpitaux, p. 241, 1851 et Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1858), montre la confusion facile entre la hernie inguinale de l'ovaire et une tumeur enkystée de la grande lèvre.

Widerstein (Gazette hebdomadaire de médecine, p. 79, 1853), cite un cas de grossesse dans un ovaire hernié après trois grossesses normales.

Balley, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1854), signale une hernie inguinale droite de l'ovaire.

Dolbeau (Bulletin de la Soc. anatomie, 1854), parle de la suppuration des annexes herniées.

Dans sa « Pathologie externe », (t. IV, p. 440, 1857) *Nélaton* décrit la hernie de la trompe comme entraînée par la hernie de l'ovaire:

Lipthay (Oester-Zeitsch, f. praktische Heilkunde, 14 août 1857), insiste sur les phénomènes douloureux et l'augmentation de volume des hernies de l'ovaire au moment des règles.

En 1859, nous trouvons deux observations de hernies ombilicales de l'utérus gravide dues à *Léotaud* et *Murray* (The Lancet et Journal des connaissances médico-chirurgicales, p. 654). *Rektorzik* (Monatsch für Geburtsh., t. XVI, p. 475, 1860), rapporte une hernie inguinale de l'ovaire et de la corne utérine avec grossesse dans la corne herniée.

Meadows, en 1861 (Transaction of the Obstetrical society of London for the year 1861, t. II, p. 438), cite un cas de hernie inguinale de l'ovaire droit, kystique, opérée avec succès par l'extirpation.

Holmes Coste (The Lancet, 1865), insiste sur les étranglements des hernies tubo-ovariennes.

Cazati, en 1866 (British medical Journal, t. I, p. 230 et Gazette médicale de Janvier), rapporte un cas de guérison de kyste de l'ovaire hernié par des injections iodées.

La même année, *Cazeaux*, dans un Mémoire à la Société de Biologie (Gazette médicale), publie un cas de hernie des ovaires avec absence de l'utérus.

En 1866, on trouve dans le Monatschrift für Geburtskunde, etc. (t. XXVIII, p. 453), une observation de *Loper* sur une hernie inguinale de l'ovaire droit, suite de couches, dans un ancien sac d'entéro-cèle.

Ettingen (Saint-Petersbourg Zeitschrift, 1868), signale une hernie crurale chez une vieille femme.

En 1869, *Loumagne* dans sa thèse « Des Hernies de l'ovaire », apporte de nombreuses observations surtout de hernies inguinales et insiste sur le diagnostic par l'hystérométrie.

Scanzoni, en 1870 (Beiträge zur Geburtsk. und Gynæk, t. VII), cite un cas de hernie inguinale de l'utérus consécutive à une hernie de l'ovaire.

La même année, *Frank Hamilton* et *Terry* (Bellevue Hospital Report's, p. 159), avec 12 observations nouvelles commencent les grands travaux sur la question, tandis que *Ballue* dans sa thèse « Des erreurs possibles dans le diagnostic des Hernies », signale simplement une hernie lombaire de l'ovaire.

E. Bourdon, en 1871 (Bulletin Soc. anatomie), cite un cas de hernie inguinale, alors que *Englisch*, la même année (Österreich. med. Jahrbuch. — Wien, 1871), peut réunir 38 observations de hernies de

l'ovaire, dont 27 inguinales, et arrive à des conclusions intéressantes sur la pathogénie des hernies congénitales ou acquises.

Edm. Owen (British. medical Journal, n° 676, 1873) raconte l'opération suivie de succès d'une hernie étranglée de l'ovaire droit prise par lui pour une hernie épiploïque.

Wibaille, dans sa thèse «Hernies de l'ovaire», 1874, discute surtout les complications de ces hernies, et *Beigel* (Die krankheiten der Weiblichen geschlechter) présente quelques observations sur l'exacerbation des douleurs au moment du coït dans les hernies de l'ovaire.

Sonnenburg (Revue des Sc. médicales, 1876). cite un adénome kystique de l'ovaire hernié et *Rheistœdter* (Centralblatt für Geburtsk, 1877), un ovaire sarcomateux. *J. Makeig* (British méd. Gazette, 1877) publie un article sur la hernie congénitale des deux ovaires. *Cazeaux* et *Tarnier*, dans leur « Traité d'accouchement », 8^e édition, p. 730, en 1878, consacrent un article aux hernies de l'utérus.

Puech, qui en 1873 avait publié un mémoire sur les hernies inguinales de l'ovaire, nous donne un grand nombre d'observations dans les Annales de Gynécologie (Nov. 1878 et juin 1879) et il fait une étude approfondie de la question.

Houzé (Ann. de Gynécologie, 1879), fait paraître un article sur les «Hernies de l'Ovaire dans l'Antiquité».

Léopold montre la coïncidence fréquente de la hernie de l'ovaire avec les anomalies de l'utérus (Arch. für. Gynec. 1879).

Lorinser (Wien. Med. Wochenschrift., 1880), cite un cas d'étranglement de l'ovaire hernié.

Chambers (Soc. Obstetric. Londres, 1880) parle surtout de la hernie double de l'ovaire.

En 1881, *Courty* (Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, p. 570 à 586) consacre plusieurs chapitres aux hernies des organes génitaux de la femme.

En 1882, *Barnes* lit à la Société de médecine et de chirurgie de Londres, un travail sur la physiologie de l'ovaire hernié.

La même année, *G. Langton* présente un grand nombre de hernies de l'ovaire chez des enfants.

Lentz (Gazette médicale de Strasbourg) considère la hernie utérine primitive.

Duret, dans sa thèse d'agrégation en 1883 « Des variétés rares de la hernie inguinale », est amené à parler des hernies de l'ovaire.

En 1884, *Schultze* dans son « Traité des déviations utérines » (p. 407) étudie les hernies de l'utérus.

Lawson Tait, dans son ouvrage « sur les maladies des ovaires » (1886) consacre un article aux hernies de cet organe, et *Beurnier* éclaire l'étiologie de la hernie inguinale de l'ovaire, dans sa thèse (Paris, 1886): « Anatomie et physiologie du ligament rond ».

Lucas Championnière (Cure radicale des hernies, 1887), montre le traitement des hernies de l'ovaire.

Thomas, dans sa thèse (Paris, 1887) « De la Hernie inguinale de l'ovaire » met au point la question et *Chauveau*, en 1888, dans son ouvrage « Hernies inguinales congénitales » est amené à parler de l'ovaire.

Lejars (Gazette des hôpitaux, 3 août 1889), traitant des néoplasmes herniaires, cite des cas de hernie d'ovaire néoplasique.

Nous retrouvons des cas de hernie de l'utérus avec *Brunner* (Beitrag für klinike chirurgie, 1889) et *Hagner* (Journal of Américan medical Association 1889).

Chénieux, de Limoges (Soc. chir. Paris, mai 1890) raconte l'histoire d'une femme de 40 ans présentant une tumeur de la fesse droite qu'on reconnut à l'opération être un ovaire.

Krug (American Journal of obstretic, juin 1890) cite une hernie congénitale de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire gauche.

Boudaille écrit une thèse (Paris, 1890) « De la hernie inguinale congénitale chez la femme et des hernies de l'ovaire ».

Wassilief (Revue de chirurgie, Paris 1891) donne des indications sur le débridement des hernies ischiatiques et parle de celles de l'ovaire.

Poirier et Picqué (Revue de chirurgie, p. 693) insistent sur le mécanisme de formation dans un cas de hernie obturatrice de la trompe et de l'intestin.

Roux, de Lausanne (congrès français de chirurgie 1891) présente une hernie double d'organes de Müller en voie de développement et *Schwartz* (congrès français de chirurgie, 1892) en cite un nouveau cas.

J. Bœckel (Gazette médicale de Strasbourg, 1892) insiste sur les hernies de l'utérus.

Lejars (Revue de chirurgie, janv. fév. 1893) traite les hernies de la trompe sans l'ovaire.

Manega (Riforma Medica, Naples, 1893) cite un cas d'étranglement de hernie inguinale et, en février 1894, publie plusieurs observations de hernies inguinales de l'ovaire, dont quelques-unes avec la trompe.

Guinard et Dudefoy (Bulletin soc. anatom., 1893, p. 35) ont rencontré un cas de hernie inguinale gauche de la trompe avec salpingite.

Broca, la même année, soutient que les hernies inguinales ovariennes ou tubo-ovariennes sont presque toujours congénitales surtout à droite.

Felizet « Hernies inguinales de l'Enfance » (1894) est conduit à traiter les hernies de l'ovaire.

Defontaine (Arch. provinciales de chirurgie, 1895) a rencontré une hernie inguinale de l'ovaire et de l'utérus chez une fillette de 7 mois.

Kousmine, de Kazan (Clin. chirurgie de Kazan, 1895) opéra une hernie crurale de la trompe kystique.

En 1895, *Art. de Vaucher* dans sa thèse (Lyon) « Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope » expose l'état de la question et parle incidemment des hernies de l'utérus.

Gœpel, le 3 mars 1896, publie une « Contribution à l'étude des Hernies de la trompe (Festschrift dens hochverehrten Freunde und Lehrer Benno Schmidt, soc. méd. Leipzig).

En 1897, paraissent à la société d'anatomie de Paris de nombreuses observations de hernies de la trompe (*Duplay et Wiart*) et de l'utérus avec ses annexes (*Legueu*).

La même année, *Mencière* (Revue mensuelle des malad. de l'Enfance) traite des hernies de l'ovaire, particulièrement chez la petite fille et insiste sur la facilité de l'erreur de diagnostic.

Carlo Massi (Clinica chirurgica, 1897) publie une hernie inguinale de l'ovaire, trompe et corne d'utérus rudimentaire.

Dans le Journal de clinique et thérapeutique infantiles, *Charon* montre la facilité et l'innocuité de l'opération chez les enfants.

En 1898, *Schultz*, dans sa thèse (Paris) « Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire » insiste sur le caractère congénital de la hernie inguinale, la difficulté du diagnostic et les complications par altérations de la trompe.

Biernier (Centralblatt für Gynækologie, 1898) résume tous les travaux parus.

Jaboulay, dans le Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, paru en 1899, a écrit le chapitre des « Hernies » et consacré un article spécial aux « Hernies des organes génitaux internes de la Femme » et aux « Hernies de l'utérus gravide. »

Maass (Berliner Klinik chirurgie 1899) cite un cas d'étranglement de hernie de la trompe et de l'ovaire chez une fillette. Dans sa thèse « Des hernies de l'utérus et des annexes » (Paris 1900) *Ant. Ogé* apporte quelques observations nouvelles.

Korte (29^e congrès de la soc. allem. de chirurgie 1900) rapporte un cas de hernie obturatrice de l'ovaire kystique.

P. Morf (Annales of surgery) trouve en 1902 la trompe avec l'intestin et l'ovaire à l'orifice interne du canal inguinal.

Sorel, chirurgien au Havre, opère en janv. 1901 une hernie de l'ovaire et de la trompe, et en avril 1902 une hernie inguinale droite de l'utérus avec les deux trompes suppurées. (Le Nouène, interne de l'Hôpital Pasteur. — Revue Médicale de Normandie, janvier 1903).

Schopfe (Wiener Klinische Wochenschrift 1903) cite un cas de hernie obturatrice de l'ovaire et de la trompe.

En 1904, *Haïk Sebian* soutient sa thèse à Paris sur les « Hernies de la trompe et de l'ovaire » mais ne parle pas de l'utérus. *Garrigue* la même année, fait une thèse sur les Hernies des ovaires.

En janvier 1904, Broca lit un rapport sur un cas de hernie de l'ovaire prise pour une hernie de rein par *M. Tailhefer* de Béziers : l'examen histologique a permis de reconnaître l'ovaire très altéré coiffé en casque de la trompe dégénérée et du ligament large.

ETIOLOGIE

Hernies de l'ovaire

Les hernies de l'ovaire sont congénitales ou acquises, mais dans l'un ou l'autre cas, il faut, pour qu'elles puissent se produire, des conditions spéciales: présence d'une voie facile à suivre, situation de l'organe près de cette voie et relâchement des ligaments donnant à l'ovaire assez de mobilité pour lui permettre d'obéir à une force quelconque qui l'expulserait de son siège normal.

Les voies par où l'ovaire peut faire hernie sont nombreuses, canal inguinal, canal crural, ombilic, échancrure ischiatique, trou ovale, etc.

La situation de l'ovaire ne permet pourtant pas la production de ces hernies en dehors de certaines circonstances pathologiques, à moins que l'on ne considère la conformation spéciale du bassin chez l'enfant et la situation élevée des organes génitaux internes dans les premières années de la vie comme favorables à la formation des hernies.

La hernie inguinale seule paraîtrait congénitale et serait due à la persistance d'une disposition anatomique propre à la période intra-utérine.

Laissant de côté l'anatomie du canal inguinal, nous n'insisterons que sur la migration de l'ovaire et la formation du canal décrit par Nüch dans son *adeno-*

graphia curiosa et uteris foeminei anatome nova. (Leyde 1691). Ce canal, enfoncement péritonéal, est intimement accolé au ligament rond, qui adhère à sa paroi interne et il peut descendre jusqu'à l'insertion de ce ligament dans la grande lèvre, formant soit un petit filament blanchâtre oblitéré, soit un canal membraneux étroit, assez semblable à la tunique vaginale chez l'homme, soit encore une petite ampoule à col étroit. (Cloquet).

Si maintenant nous considérons le mouvement de descente de l'ovaire, qui en somme est assez analogue à la migration du testicule, nous trouvons dans le ligament rond un analogue du *gubernaculum testis* qu'on rencontre chez l'homme. Il est constitué par la partie inférieure du *gubernaculum de Hunter*, qui au moment de la migration de l'ovaire, se fixe en un point de son trajet au fond de l'utérus embryonnaire, formant le ligament utéro-ovarien dans sa portion supérieure. Cette circonstance fait perdre au *gubernaculum* sa direction générale et modère ainsi la descente de l'ovaire. Que survienne une anomalie, comme par exemple l'absence d'utérus ou l'arrêt de développement de cet organe, et l'ovaire continuant sa migration pourra suivre le ligament rond jusque dans la région inguinale.

Ce fait est démontré par quelques observations (IV-X-XI).

La persistance du canal de Nüek est admise par la plupart des auteurs (Camper, Cloquet, Cruveilhier, Sappey, Puech), mais ils ne sont pas d'accord sur la date de son oblitération, les uns pensant qu'on peut

le trouver à tout âge (Cloquet, Cruveilhier), les autres qu'il est tout à fait fermé dès la naissance (Sappey).

Hugo Sachs et Féré, dans de nombreuses autopsies, l'ont trouvé souvent perméable après la naissance.

Duplay et Beurnier (Anatomie et physiologie du ligament rond. Paris 1886) admettent la facilité de produire un canal artificiel chez les petites filles et Deneux arrive à déterminer la formation d'un cul de sac péritonéal par tractions sur le ligament rond.

Ces théories, loin d'infirmer notre manière de voir, la confirment en montrant la prédisposition de la femme enfant à la hernie inguinale congénitale.

Nous devons ajouter que certaines hernies, prétendues acquises et survenues à un âge assez avancé de la vie, pourraient être dites congénitales, se produisant accidentellement dans un trajet tout préparé par une prédisposition congénitale.

Les hernies inguinales de l'ovaire peuvent n'être pas congénitales. Elles sont dues alors soit à l'irruption de l'ovaire dans un ancien sac d'entérocele (obs. XIV), soit à une chute (obs. XII), à un effort (obs. XIII, XVIII), à un traumatisme (obs. XIX).

En général, ces hernies acquises coïncident avec une éloration du ligament de l'ovaire ayant une cause pathologique, par exemple au cours d'une grossesse (obs. XIV) ou d'un fibrome ou d'une tumeur abdominale agissant sur ce ligament.

Les hernies de l'ovaire peuvent aussi être dues à une lésion pathologique de l'organe : ovarite, inflammation, etc. L'ovaire augmentant de poids distend son ligament et arrive au contact de la paroi abdominale

où il peut trouver une voie pour faire hernie à l'extérieur.

Les hernies crurales de l'ovaire, plus rares que les hernies inguinales, sont plutôt d'origine traumatique (effort, obs. XXI, chute, obs. XXII). On les rencontre plus souvent associées à des hernies de la trompe. Elles seraient favorisées par le relâchement des ligaments de l'ovaire et surtout par le fait de la présence de l'ovaire à 2 cent. 5 de l'anneau interne du canal crural (Kousnime). Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet, à propos des hernies de la trompe.

Les hernies ombilicales de l'ovaire (observation de Camper) sont rares, on ne les rencontre guère que dans les cas de grossesse, de fibrome, d'ascite, favorisant l'ascension des ovaires jusqu'au niveau de l'ombilic.

Les hernies ischiatiques se rencontrent peu également et on n'en connaît guère que quelques observations (obs. XXII Camper-Papen de Gottinge).

Kiwisch a rapporté un cas de hernie ovulaire qui paraît être unique en son genre.

Korte cite un cas de hernie obturatrice de l'ovaire.

Hernies de la trompe

Les hernies de la trompe sont congénitales ou acquises et on les rencontre à tous les âges de la vie. Les hernies inguinales, le plus souvent congénitales, sont peu fréquentes. Elles sont dues, comme pour l'ovaire, à la persistance du canal de Nüek, et on y

trouve presque toujours la trompe en compagnie du ligament rond (obs. XXIV, XXV et XXVI).

Nous croyons pouvoir considérer comme congénitales les hernies de la trompe à début brusque, prenant leur volume d'emblée, car elles se forment dans un trajet préexistant.

Les hernies crurales, plus fréquentes, sont généralement acquises, on ne les trouve que chez l'adulte. Le début en est généralement lent et ignoré sans qu'on puisse y trouver une cause. Elles sont favorisées par le peu de distance qui existe entre l'organe et le canal crural, puisque l'extrémité abdominale de l'oviducte est à 2 cent. 5 de l'orifice interne de ce canal et le centre à 1 cent. 3 seulement. Kousmine a donc pu dire que « les organes génitaux les plus mobiles, c'est-à-dire, la partie moyenne et l'extrémité abdominale de l'oviducte, de même que l'ovaire, sont plus prédisposés à procider dans l'anneau le plus proche du canal crural, si toutefois il n'y a pas d'autres conditions congénitales qui déterminent l'entrée de la hernie dans le canal préformé à la région inguinale ». Les hernies crurales surviennent à la suite d'efforts (obs. XXVIII, XXIX, XXXIII), de fatigues excessives (obs. XXXV). Les grossesses (obs. XXXI, XXXII) ou les affections utérines (fibrome obs. XXX) qui augmentent la mobilité de la trompe, par allongement des ligaments, ou changent sa situation normale sont aussi une cause fréquente des hernies. Enfin, il nous faut encore citer les hernies produites par affaiblissement de la paroi abdominale (obs. XXXI), par amaigrissement ou relâchement des tissus chez des per-

sonnes âgées (obs. XXXVI, XXXVII) ou par glissement de la trompe plus mobile dans un vieux sac d'entérocele (obs. XXXIV, XXXVIII).

Nous n'avons pu recueillir d'observations de hernies de la trompe dans les autres orifices abdominaux sauf pourtant un cas de hernie obturatrice (obs. XXXVIII), cas très rare. Schopfe en signale un cas (Wiener Klinische Wochenschrift 1903).

Hernies de l'ovaire et de la trompe

Les hernies simultanées de la trompe et de l'ovaire dont nous avons pu trouver des observations se rapportent toutes à des hernies inguinales, la plupart congénitales. Ce fait serait en rapport avec l'opinion émise par Puech : pour cet auteur on trouverait toujours les deux organes dans les hernies congénitales, rarement dans les hernies accidentelles. On les rencontre surtout chez de tout jeunes enfants et rarement chez l'adulte, ce qui semblerait indiquer une origine congénitale. Elles sont du reste plus fréquentes à gauche, comme les hernies inguinales congénitales de l'ovaire.

Nous ne voulons pas revenir ici sur le mode de formation de ces hernies congénitales que nous avons largement décrites pour les hernies de l'ovaire.

La trompe est-elle herniée avant l'ovaire ? Nélaton est d'avis que l'ovaire précède la trompe, Cruveilhier prétend que dans les hernies congénitales, la trompe précède l'ovaire et son avis paraît soutenu par les observations de Kousmine dont nous avons déjà eu

occasion de parler pour l'étiologie des hernies de la trompe. Si nous nous en rapportons à nos observations, dans deux cas (obs. LI et LII), l'ovaire semble avoir précédé la trompe; dans nombre d'autres cas (obs. XLII, XLIII, XLVII, LV) la trompe est en avant de l'ovaire et l'enserme dans une courbe à concavité supérieure regardant l'orifice de la hernie, ou bien elle est seule dans le sac, l'ovaire restant dans le canal; dans d'autres cas enfin (obs. XLVIII, LIII, LVIII, LIX) la trompe étant adhérente alors que l'ovaire est libre, il semblerait que la trompe eût séjourné dans le sac plus longtemps que l'ovaire. Dans l'observation XXVI nous voyons dans le canal la trompe et le ligament tubo-ovarien, l'ovaire aurait sans doute suivi plus tard, l'enfant étant mort à 2 mois et demi.

Nous trouvons encore dans nos observations un certain nombre de hernies de la trompe et de l'ovaire à la suite de grossesses (obs. LV, LVII, LVI, LVIII, LIX). Ceci serait en rapport avec ce que nous avons déjà dit de l'allongement des ligaments et notamment du ligament infundibulo-pelvien de Henle qui rattache à la paroi lombaire l'ovaire et la trompe et autour duquel se feraient tous les déplacements de ces organes.

Hernies de l'Utérus

Avant de parler des hernies de l'utérus il nous faut faire une distinction entre les projections de l'utérus gravidé hors de l'abdomen par une éraillure de la ligne blanche ou d'une autre partie de l'enceinte musculo aponévrotique (ventre en besace) et les hernies

proprement dites qui s'opèrent par les ouvertures naturelles, les anneaux de l'abdomen.

Les hernies de l'utérus peuvent être congénitales ou acquises. Les premières sont plutôt inguinales, les autres pouvant être crurales ou ombilicales.

Les hernies inguinales congénitales sont favorisées par la persistance du canal de Nüek, dont nous avons déjà parlé, et chez les jeunes enfants, par la situation de l'utérus et de ses annexes qui se trouvent au-dessus de l'excavation pelvienne. Que les ligaments soient un peu lâches et le moindre effort entraînera tout l'appareil génital vers l'orifice inguinal. Ce fait nous semble démontré par l'observation LXII due à Florian Krug et l'observation LX de Defontaine.

Certaines hernies de l'utérus survenues chez l'adulte auraient ainsi une origine congénitale, succédant à une hernie primitive des annexes; suivant Cruveilhier, l'angle de l'utérus est le plus souvent attiré par l'ovaire hernié; la hernie de l'utérus serait donc consécutive à une hernie de l'ovaire.

Nous avons dit, à propos des hernies de l'ovaire, que la descente de cet organe dans l'anneau inguinal était favorisée par l'absence d'utérus ou par la présence d'un utérus rudimentaire ou bicorne. Or, nous retrouvons dans nos observations (obs. LXI, LXV, LXVI, LXVII), que la plupart des hernies survenues chez de jeunes femmes de 18 à 36 ans s'accompagnent d'absence d'utérus ou d'utérus rudimentaire.

Ces faits viendraient confirmer la théorie. La hernie de l'ovaire serait le premier degré d'un déplacement dont la hernie de l'utérus serait le dernier,

Les hernies acquises de l'utérus sont des hernies à la suite d'efforts (obs. LXIII et LXIV), se produisant le plus souvent dans un sac herniaire préexistant. Elles sont favorisées par des conditions pathologiques spéciales, grossesses et tumeurs de l'utérus, amenant le relâchement des ligaments utérins, obésité, ascite, etc., distendant les anneaux naturels de l'abdomen. L'organe, plus mobile, aura tendance à gagner les points de moindre résistance de la paroi abdominale.

On a encore donné comme cause (Cruveilhier) aux hernies de l'utérus l'accroissement du sac herniaire aux dépens du péritoine, qui attire dans la hernie le ligament large et les organes adjacents : hernies adhérentes par glissement. Les adhérences de l'intestin aux organes génitaux ou aux ligaments de ces organes peuvent entraîner l'appareil dans une entérocèle préexistante.

Enfin, on a souvent constaté chez des vieillards des hernies de tout l'appareil génital, survenues sans causes bien déterminées et que pourrait expliquer cette théorie du glissement

Lallement (Mém. soc. méd. d'émul., 3^e année, p. 323), faisant l'autopsie d'une femme de 72 ans, ayant eu plusieurs grossesses et portant depuis l'âge de 50 ans une tumeur à l'aîne droite, trouva ainsi l'utérus, les trompes, les ovaires et le haut du vagin sortis par le canal inguinal droit.

Le même professeur (Bulletin de la Faculté de médecine de Paris, t. I, p. 1, Paris 1816), chez une femme de 82 ans, portant une tumeur à l'aîne depuis 40

ans, après un 8^e accouchement, rencontra une tumeur de l'aîne droite pendant entre les cuisses. Cette hernie, crurale, contenait l'utérus, les ovaires, les trompes, la partie supérieure du vagin et deux kystes avec de l'épiploon.

Il nous reste à parler des hernies de l'utérus gravide. On les rencontre surtout chez des femmes ayant déjà eu plusieurs grossesses ou atteintes d'une entéro-cèle ancienne, qui facilite la production de la hernie.

Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous croyons en effet que dans un cas seulement il y eut traumatisme (obs. LXIX). Dans tous les autres cas, il s'agit de femmes ayant eu de 5 à 7 grossesses. L'utérus entra dans la hernie au cours de la grossesse (obs. LXXI, LXXII, LXXIII, LXXIV), sous une cause quelconque, effort ou traumatisme.

Nous avons signalé plus haut un cas de hernie crurale de tout l'appareil génital (Lallement). Nous n'avons pu en trouver d'autre observation, quoique les auteurs en citent quelques cas.

Enfin, les hernies ombilicales de l'utérus n'ont guère été observées qu'à l'état gravide, ce qui se comprend facilement, étant donné la situation élevée de l'orifice par rapport à l'utérus. Ces hernies ombilicales seraient plutôt des éventrations avec antéversion de l'utérus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hernies de l'ovaire

L'anatomie pathologique des hernies de l'ovaire est intéressante, non pas tant par la hernie elle-même que par les altérations que peut subir l'organe hernié à l'intérieur du sac. Nous avons eu l'occasion de dire déjà que les hernies inguinales étaient les plus fréquentes et généralement congénitales. Elles sont souvent simples et on a beaucoup insisté sur leur plus grande fréquence du côté gauche; ce fait étant dû au moindre volume de l'ovaire gauche et à sa descente plus prononcée, plus précoce que celle de l'ovaire droit, ayant lieu au moment du maximum de capacité du canal. Les hernies doubles sont souvent accompagnées de malformations des organes génitaux internes et notamment de l'absence de l'utérus, d'utérus rudimentaire ou bicorne (obs. IV, X). Dans un cas de hernie ovarique double, M. Jaboulay a trouvé une absence complète du vagin. L'ovaire gauche était kystique. (Opération du 7 décembre 1903, malade de 28 ans, salle Saint-Pierre n° 25, à l'Hôtel-Dieu de Lyon).

En dehors des hernies inguinales de l'ovaire, nous trouvons les hernies crurales plus rares (obs. XX, XXI, XXII) presque toutes traumatiques. Aubry (soc. anatomie, Paris) cite un cas de hernie crurale à travers le ligament de Gimbernath. Les hernies ombili-

cales sont exceptionnelles (Camper). Les hernies ischiatiques (Camper, Papen de Gottingen), la hernie ovulaire (Kiursch), la hernie obturatrice (Korte) sont plutôt des raretés.

Quelques auteurs ont signalé des cas de hernies ventrales : l'ovaire faisant saillie dans une plaie faite à l'abdomen (Ruisch, cité par Deneux). On a aussi décrit (Duncan, Puech, Boivin) des hernies vaginales produites par chute de l'ovaire entre le vagin et le rectum, dans certains cas de rétroversion utérine. Nous ne croyons pas pouvoir donner le nom de hernies à ces déplacements anormaux de l'ovaire.

Quelle que soit la situation de la hernie, l'anatomie pathologique des organes herniés et de leur enveloppe reste la même et nous pouvons en donner un aperçu général. Dans les hernies de l'ovaire, le sac peut quelquefois être absent partiellement. Dans les hernies inguinales, sa paroi postérieure est souvent intimement accolée au ligament rond (obs. XIII). Parfois les parois sont épaissies (obs. XII). Une bande fibreuse peut comprimer l'ovaire et amener des symptômes d'étranglement (obs. XVII). Quelquefois enfin le sac peut s'enflammer et contenir du liquide ou du pus, ce qui peut gêner le diagnostic en faisant penser à une enterocèle (obs. XIX).

L'ovaire hernié peut être absolument sain (obs. IV, V, XX, XXI); mais souvent il a subi des altérations diverses.

On le trouve parfois atrophié (obs. XVIII), cette atrophie étant due à un ralentissement de la nutrition par constriction du pédicule ou par compres-

sion de l'organe par un bandage. Par froissement ou par un traumatisme, par gêne de la circulation, l'ovaire peut être atteint de congestion, soit passagère, se produisant avec de vives douleurs, au moment des règles (obs. VI, VII, IX, XVIII, XX), soit permanente (obs. XII, XIV, XV, XVII). Cette congestion peut même aller jusqu'à une hémorragie parenchymateuse de l'organe (obs. VII) et amener une inflammation avec de la suppuration. Enfin, dans les hernies anciennes, l'ovaire peut s'unir au sac par des adhérences qui entraînent l'irréductibilité de la hernie. A côté de ces altérations de l'ovaire, nous en trouvons d'autres plus profondes et non occasionnées par la hernie. Cazati a trouvé un kyste de l'ovaire, gros comme une tête d'enfant, guéri par des injections iodées. Dans nos observations, nous trouvons souvent cette dégénérescence kystique (obs. VI, VIII, XVI, XVIII, XIX). Le cas de Fargas (obs. IX) présente un vrai kyste réticulaire. Lallement a trouvé un vrai kyste hydatique et Deneux (obs. XXII) en cite aussi un cas. Verdier et Deneux ont rencontré des kystes dermoïdes de l'ovaire hernié et Sonnenbourg, un adénome kystique. Enfin nous devons encore citer les cas de tuberculose de l'ovaire hernié (Puech) et les cancers de cet organe (obs. X et XI).

Hernies de la trompe

Les hernies de la trompe seule sont plus souvent crurales qu'inguinales, plus fréquentes à gauche qu'à droite, quelquefois doubles. Nous avons pu recueillir

une observation de hernie obturatrice (Poirier et Picqué, obs. XXXVIII).

Comme dans la hernie de l'ovaire, le sac présente souvent des parois épaissies (obs. XXIV, XXVIII, XXXI); il renferme parfois du liquide (obs. XXX, XXXII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII), même du pus (obs. XXIX) et des caillots (obs. XXXI). On trouve dans les hernies inguinales, le ligament rond accolé à la paroi postérieure du sac (obs. XXIV, XXV, XXVI).

Dans le sac, on peut rencontrer avec la trompe d'autres viscères, vessie (obs. XXX), intestin (obs. XXXIV, XXXVIII), ligament tubo-ovarien (obs. XXVI). La trompe herniée peut se présenter sous différents aspects : ou bien elle ne se présente que par le pavillon, ou bien elle sort en partie, dans la direction du canal, son extrémité frangée s'étalant sur le sac et y adhérant (obs. XXVIII), ou bien encore, elle est enroulée sur elle-même (obs. XXV), flexueuse.

Les lésions de la trompe herniée sont fréquentes. Les adhérences de l'organe aux parois du sac empêchent souvent la réduction de la hernie et on les rencontre le plus souvent dans les hernies anciennes. On constate de l'épaississement des parois de la trompe (obs. XXVIII, XXXVII). Elle peut être congestionnée (obs. XXVII, XXXII, XXXIV, XXXV), gonflée et œdématisée (obs. XXXVI), enflammée (obs. XXX, XXXVII) et même gangrenée (obs. XXIX). Elle peut être kystique (obs. XXXIII). Enfin on l'a vu contenir une grossesse comme dans l'observation XXXI.

Hernies de la trompe et de l'ovaire

Dans les observations que nous avons recueillies des hernies de la trompe et de l'ovaire, nous trouvons exclusivement des hernies inguinales, la plupart congénitales ; ce qui semblerait vérifier l'opinion de Puech qui soutient qu'on rencontre presque toujours la trompe avec l'ovaire dans les hernies congénitales. De plus, elles sont fréquentes à gauche, comme dans presque tous les cas de hernies congénitales.

Le sac peut faire défaut, la hernie se produisant dans l'anneau en dehors du prolongement péritonéal, comme dans l'observation ci-jointe due à l'obligeance de Messieurs Pinatel, moniteur de clinique chirurgicale, et Gavaillon, interne des Hôpitaux de Lyon.

OBSERVATION

Hernie inguinale gauche : Cure radicale dix ans auparavant.
— Récidive. — Phénomènes d'étranglement transitoires. —
Intervention. — Hernie extra péritonéale de la trompe et de l'ovaire. — Sac péritonéal vide. — Guérison.

La malade est une religieuse de 57 ans, entrée en septembre dans le service de M. Villard, salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour une hernie inguinale gauche étranglée.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Pas de troubles digestifs. Réglée à 16 ans, depuis régulièrement sans douleurs ni prolongation anormale. Pas de troubles de la miction.

Elle avait été opérée il y a 10 ou 11 ans par M. Jaboulay, cure radicale d'une hernie inguinale gauche. Il nous a été impossible de retrouver des renseignements plus précis sur cette première intervention qui vraisemblablement ne présentait rien de spécial. Cinq à six mois environ après cette opéra-

tion, la malade, à la suite d'un effort violent, aurait vu réapparaître dans la région une petite tuméfaction. Le port d'un bandage suffisait à maintenir parfaitement la hernie qui d'ailleurs ne s'accompagnait d'aucune autre manifestation (troubles digestifs, menstruation).

En septembre 1904, la hernie ressort pour la première fois et d'emblée devient irréductible. La malade se met à vomir : arrêt complet des matières et des gaz, phénomènes d'étranglement. Elle entre à l'hôpital quelques heures après le début des accidents.

A son entrée, on est frappé de la discordance qui existe entre les signes locaux et les phénomènes fonctionnels. La hernie, du volume d'une mandarine, allongée dans le sens du pli inguinal, descend jusqu'au fond de la grande lèvre ; elle est molle, peu tendue, à peu près indolore ; matité presque absolue. A sa partie inférieure, on sent une masse dure et arrondie, granuleuse, qui évoque l'idée de l'ovaire. Si l'on fait tousser la malade cependant que l'on palpe la hernie, on sent une anse intestinale qui semble franchir l'anneau puis rentrer dans l'abdomen. L'abdomen est souple, sans ballonnement, sans matité dans les flancs, ni point douloureux. Rien au toucher rectal.

Au toucher vaginal, l'utérus paraît petit, infantile. La malade porte un pessaire Dumontpalier depuis des années pour un prolapsus utérin. L'utérus est de plus en rétroversion avec légère latérotation gauche. Les annexes ne sont pas perçues.

Le pouls est à 100 de tension normale, sans intermittences. Rien au cœur, rien aux poumons. Urines normales.

En présence de ces symptômes, on croit pouvoir éliminer le diagnostic de hernie actuellement étranglée. La malade prétend d'ailleurs que depuis deux heures, sa hernie a diminué sensiblement de volume et que les vomissements sont arrêtés. Néanmoins la concomitance des symptômes d'occlusion et de l'irréductibilité de la hernie ne permettent pas de rapporter à une autre cause les phénomènes observés. La hernie reste cependant partiellement irréductible. On pense à la possibilité d'une hernie du gros intestin ou de la vessie, mais plus encore à une épiplocèle-adhérente ayant donné lieu à un étranglement temporaire d'une anse.

Intervention : Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. On tombe sur un sac péritonéal vide dans lequel, à la suite d'effort, apparaît une anse grêle. Mais à côté du sac se trouve une masse charnue et mollassse qui en occupe la partie postéro-externe. Cette masse porte à sa partie inférieure, plaqué contre le fond du sac, un organe arrondi, lobulé, d'aspect polykystique : il s'agit d'un ovaire légèrement augmenté de volume. La masse charnue qui le surplombe paraît être une trompe très hypertrophiée, aux parois richement musculieuses. Au premier aspect elle en imposerait pour une paroi vésicale; mais son siège externe par rapport au sac, sa forme tubuleuse, les renseignements fournis par le catéthérisme permettent d'éliminer cette hypothèse.

On termine en réséquant la trompe et l'ovaire. Le pédicule tubaire, d'ailleurs très effilé, est simplement lié au catgut. Quant au sac, on le traite comme d'ordinaire par la résection et la ligature. Suture des piliers.

Examen de la pièce. — On a peine à retrouver la lumière tubaire au milieu de tissus épaissis et lardacés se clivant en plans nombreux. L'ovaire ne présente, en dehors des kystes, aucune lésion appréciable.

Le sac a parfois ses parois épaissies (obs. LVII), mais souvent aussi il est mince (obs. XLI, XLVII); on y rencontre du liquide (XLI, XLVII, LIV, LVI, LVII), et souvent le ligament rond adhère à ses parois. La position réciproque des deux organes dans le sac est assez variable; mais en général la trompe descend plus bas que l'ovaire, ou enveloppe cet organe en formant une anse concave à concavité regardant l'orifice de la hernie (obs. XLIII et XLVII). On trouve même l'ovaire encore enfermé dans le canal et on ne le voit alors à l'intérieur qu'en attirant la trompe.

Quelquefois les organes herniés sont sains (obser. XL, XLII, LI, LVIII). Ils sont parfois libres dans le

sac, mais le plus souvent ils sont adhérents aux parois du sac (obs. LVII), la trompe étant plus souvent adhérente que l'ovaire (obs. XLVIII, LIII, LV).

Ils peuvent être congestionnés tous deux (obs. XXXIX, XLI, LII) ou bien l'ovaire seul est injecté (obs. XLIII, LIII, LIV, LIX).

La trompe seule est enflammée dans certains cas (obs. LVI, LIX) et parfois oblitérée (obs. XLV). L'ovaire peut être profondément dégénéré (obs. XLIV, XLIX), atrophie (LV), kystique (obs. XLV, XLVII, LVI).

Nous devons ajouter que Schopfe a trouvé un cas de hernie obturatrice de la trompe et de l'ovaire.

Hernies de l'utérus

Dans les hernies de l'utérus, il nous faut remarquer que parfois il y a absence du sac (obs. LXVIII). L'organe ayant glissé sous le péritoine a pénétré dans le canal, entraînant ses annexes et avec elles le péritoine qui recouvre la portion herniée.

Dans le cas où le sac existe, nous pouvons répéter ce que nous avons dit à propos des autres hernies des organes génitaux, au point de vue anatomique.

Pour le contenu de la hernie, nous avons à faire des distinctions : parfois l'utérus est hernié avec toutes ses annexes droites et gauches (obs. LX, LXI) ; parfois il a entraîné les deux trompes sans qu'on ait vu les ovaires (obs. LXVIII) ; enfin il peut ne se trouver qu'avec les annexes d'un seul côté (obs. LXII, LXIII),

Dans certains cas d'utérus bicorne ou rudimentaire,

on trouvera dans la hernie, la corne correspondante avec ses annexes (obs. LXVI, LXVII), ou une hernie double contenant de chaque côté corne, trompe et ovaire (obs. LXV).

Quant à l'état pathologique des organes herniés, nous retrouvons les mêmes lésions que précédemment pour la trompe et l'ovaire : adhérences (obs. LXII), atrophies (obs. LXI, LXIII), inflammation et suppuration (obs. LXVIII), ovaire kystique (obs. LXVII), et kyste hydatique (obs. LXV). Nous retrouverons en plus les maladies de l'utérus hernié : grossesses, fibromes... etc.

Nous n'avons recueilli que des observations de hernies inguinales de l'utérus ; mais on a signalé des cas de hernies crurales (Lallement) et même ombilicales.

Pour ces dernières, ce serait plutôt une éventration de l'abdomen avec antéversion de l'utérus gravide ou pathologique, qu'une hernie proprement dite.

SYMPTOMES

Hernies de l'ovaire

Les signes auxquels on pourra reconnaître une hernie de l'ovaire sont peu précis et souvent voilés par les complications qui peuvent survenir dans la tumeur. De là vient qu'on fait rarement le diagnostic. Ces symptômes du reste sont variables avec l'âge du sujet.

Chez les jeunes enfants il est rare qu'on puisse diagnostiquer à coup sûr une hernie de l'ovaire. La mère constate au pli de l'aîne une petite tumeur qu'elle prend pour une hernie ordinaire, ou applique un bandage et tout est dit. Cette tumeur est généralement ovalaire, dure, mobile, le plus souvent indolore ; elle se réduit spontanément parfois, surtout dans le décubitus dorsal ; elle est mobile sous la peau ; elle n'augmente pas quand l'enfant crie, tousse ou pleure. Nous devons signaler une observation due à l'obligeance de M. l'agrégé Patel, de Lyon, où nous trouvons des symptômes nerveux produits par pression sur l'ovaire hernié.

OBSERVATION

Hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe droites

Enfant, née le 15 juin 1903, parfaitement conformée au moment de la naissance.

Quinze jours après, la mère s'aperçoit d'une saillie anormale à la partie inférieure de l'abdomen et en essayant d'appuyer sur elle, l'enfant se met à crier.

A l'examen, on constate, dans la région de l'anneau inguinal cutané, plus près cependant de l'insertion de la grande lèvre droite, une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, de consistance ferme, assez mobile, pouvant se laisser entraîner à volonté dans la grande lèvre ou vers l'anneau inguinal cutané. La pression est très douloureuse et paraît déterminer une sorte de crise avec agitation des membres, contraction des muscles de la face. On sent un cordon qui relie la tumeur à l'anneau inguinal et qui va se prolonger plus loin dans le canal.

Avec un peu d'insistance, la hernie est réduite, La tumeur paraît passer à frottement dans le canal et glisse brusquement entre les doigts pour rentrer dans l'abdomen. A ce moment on ne sent rien d'anormal : l'anneau inguinal n'est pas plus dilaté que de l'autre côté. Lorsque l'enfant crie, on ne sent aucune impulsion dans le canal inguinal, mais au bout d'un moment la hernie se reproduit brusquement; la grosseur apparaît de nouveau dans la grande lèvre et l'enfant paraît soulagé aussitôt.

Un bandage inguinal caoutchouté est appliqué après réduction et maintenu exactement jour et nuit.

Pendant un an (juin 1903 à juin 1904) la hernie ne s'est pas reproduite. A ce moment, à l'occasion d'une gastro-entérite, la tumeur est survenue comme au moment de la naissance, un peu plus grosse, a observé la mère et avec les mêmes phénomènes douloureux.

La réduction a été faite de nouveau et la hernie ne s'est pas reproduite depuis.

Des réserves ont été faites sur les troubles qui pourraient survenir au moment de la puberté.

Peu à peu cependant la hernie s'accroît avec l'âge de l'enfant, amène de la douleur, de la gêne dans la marche (obs. I, II, III), devient parfois irréductible (obs. LII, LIII, LIV), ne rentre en tous cas jamais complètement dans l'abdomen. Comme on le voit, ces symptômes n'ont rien d'absolument particulier aux hernies de l'ovaire.

Chez l'adulte, dès l'âge de la puberté, nous voyons apparaître des signes plus précis.

Les douleurs deviennent plus vives, partant de l'aine et s'irradiant vers la région lombaire, vers l'hypogastre ou les fosses iliaques avec sensation de tiraillements.

Ces douleurs amènent parfois de la gêne dans la marche (obs. III, V, XI, XXII, XLV) pouvant aller jusqu'à la claudication (Guersant). Elles s'exagèrent par la flexion des membres inférieurs sur l'abdomen et par le decubitus du côté opposé à la tumeur (obs. XXII).

La pression provoque aussi de la douleur et parfois une sensation spéciale, sorted'éréthisme (obs. XLVII) qu'on retrouve sous le taxis : l'organe, de flasque et inégal, devient plus dense, plus uni à sa surface (Loumaigne). Enfin on note très fréquemment une exacerbation de la douleur en même temps qu'un accroissement de volume de la tumeur au moment des périodes menstruelles, ces symptômes disparaissant quelquefois complètement dans l'intervalle des règles (obs. IV, VI, VII, IX, XVIII, XX, XXI, XLVI, XLVIII, LI, LVI, LVIII). Enfin Beigel cite deux cas d'exacerbation de la douleur au moment des rapports sexuels au point même qu'une des malades a dû les cesser complètement.

À côté de ces symptômes subjectifs, nous rencontrons des signes objectifs : la hernie de l'ovaire est généralement constituée par une petite tumeur ovoïde dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule, tumeur mobile sous la peau, de

consistance dense et se réduisant sans gargouillement. Elle n'augmente pas en général par les efforts de toux. Elle présente de la matité à la percussion.

Pour poser le diagnostic de hernie, il nous faut rechercher le collet du sac, et suivre, si possible, le pédicule qui pénètre par le canal jusque dans la cavité abdominale.

Le contenu de la hernie elle-même est difficile à diagnostiquer : il faut avoir recours au toucher vaginal et à l'examen bimanuel, chose assez difficile chez les jeunes enfants.

Par le toucher vaginal, on constate une inclinaison de l'utérus du côté de la tumeur (obs. XVIII, XXI, XXXIX, XLVI, LVIII). S'il s'agit de hernie double, l'utérus est fortement attiré en avant, immobilisé et comme enclavé dans la position qu'il occupe. En imprimant un mouvement de translation brusque à l'utérus du côté opposé à la hernie, ce mouvement est transmis à la tumeur et perçu par la main placée sur la hernie (Loumagne, obs. XXI, XLVI, LVIII). La malade dans cette manœuvre perçoit une sensation de tiraillement du côté où se trouve sa hernie. Enfin Huguier a préconisé l'emploi de l'hystéromètre pour bien montrer l'inclinaison de l'utérus du côté de l'organe hernié.

Malgré tous ces signes, il est rare qu'on reconnaisse une hernie de l'ovaire, car ils font souvent défaut en partie ou sont voilés par des complications.

Hernies de la trompe

Que dirons-nous du diagnostic des hernies de la trompe ? Là les signes fonctionnels manquent absolument et les symptômes objectifs n'ont rien de bien probant.

Rien, à l'examen extérieur de la hernie, ne pourra faire reconnaître la présence de la trompe dans le sac. La tumeur sera molle, fluctuante, sonore, réductible souvent avec gargouillement et, à moins de lésions d'étranglement avec symptômes spéciaux (absence des signes d'occlusion intestinale), permettant de reconnaître qu'il n'y a pas étranglement d'anse d'intestin, on ne fera pas le diagnostic, la plupart du temps.

Le toucher vaginal donnera peu de renseignements : seule l'attraction de l'utérus vers la hernie coïncidant avec la présence de l'ovaire dans l'abdomen pourrait donner une présomption en faveur de la hernie de la trompe. Enfin dans les cas de grossesse tubaire, l'examen obstétrical de la malade pourra démontrer l'existence d'une grossesse avec intégrité de l'utérus et faire présumer une grossesse tubaire herniée.

Hernies de la trompe et de l'ovaire

Dans les hernies simultanées de la trompe et de l'ovaire, nous retrouvons les symptômes déjà rencontrés pour l'ovaire ou la trompe seule. Mais étant donnée la difficulté de diagnostiquer les hernies de la trompe, on pensera plus souvent à une hernie de

l'ovaire seul accompagné d'anses intestinales, si toutefois on peut trouver les signes probants de hernie de l'ovaire. Pourtant dans les cas d'étranglement de la hernie sans occlusion intestinale, on pourra songer à rencontrer la trompe herniée avec l'ovaire.

Hernies de l'utérus

Dans les hernies de l'utérus, la tumeur est piri-forme, souvent irréductible. On peut arriver, par le palper, à sentir l'ovaire et les ligaments de l'utérus faisant comme une corde à la surface de l'organe (obs. LXXIV).

Le toucher vaginal montrera un vagin allongé et tirailé vers la hernie, un col très élevé dans la même direction. Les mouvements imprimés au col seront perçus dans la tumeur et on pourra sentir dans la hernie l'hystéromètre introduit dans le col (obs. LXIV). Dans les cas d'utérus réductibles, par le palper bimanuel on pourra sentir l'utérus rentrer dans l'abdomen et en sortir.

Dans les cas d'utérus rudimentaires ou bicornes, le diagnostic sera plus difficile par l'absence de ces signes. Chez les femmes âgées, après la ménopause on aura rarement occasion d'avoir à faire le diagnostic : ces malades n'étant pas gênées par leur hernie ne s'en plaignent pas et on n'a pas occasion de les examiner (Lentz). On les rencontrera plutôt aux autopsies.

Dans les cas d'utérus gravide hernié, on aura plus de facilité : les commémoratifs indiquant une gros-

sesse on ne trouve pas le globe utérin dans la cavité abdominale.

La tumeur de l'aîne augmente progressivement de volume avec l'évolution de la grossesse, ses parois sont molles, dépressibles et on arrive à percevoir la tête du fœtus (obs. LXXIV). On sent parfois à la surface de l'organe un cordon assez large formé par les trompes et les ligaments. Enfin, à l'auscultation on peut percevoir le souffle fœtal (LXIV). La malade perçoit parfois les mouvements de l'enfant dans sa tumeur (obs. LXXIII et LXXIV). Le toucher vaginal fait constater un tiraillement du vagin vers la hernie et le col se trouve dans une situation élevée du même côté.

DIAGNOSTIC

Les hernies des organes génitaux de la femme amènent des erreurs de diagnostic assez fréquents.

L'entéroçèle est une des lésions qu'on a le plus souvent confondue avec ces hernies et surtout avec les hernies de la trompe. Les signes sont à peu près les mêmes et sauf dans les cas d'étranglement amenant de l'occlusion intestinale dans les hernies intestinales et seulement des symptômes généraux dans les hernies tubaires le diagnostic différentiel est presque impossible. Pour les hernies de l'ovaire et de l'utérus, à moins de complications (liquide dans le sac, anses intestinales, trompe, kystes, etc.), on pourra ne pas les confondre avec une entéroçèle. Dans cette dernière le sac n'est pas ovoïde, la tumeur est molle au toucher, non douloureuse; elle présente du tympanisme à la percussion, se réduit avec gargouillement et n'est irréductible que dans les cas d'étranglement.

L'épiplocèle présenterait plus de signes en rapport avec les hernies des organes génitaux. La tumeur peut être ovoïde, dure, mate à la percussion, se réduire sans gargouillement et s'étrangler sans symptômes d'occlusion intestinale. Les signes pathognomoniques de hernies de l'ovaire et de l'utérus s'ils existent permettront cependant parfois de ne pas s'y tromper.

Les hernies de la trompe et de l'ovaire, les kystes de l'ovaire hernié, les hernies des organes génitaux

accompagnés d'anses intestinales se distinguent difficilement de l'entéro épiplocèle.

On a pris quelquefois la hernie de l'ovaire pour un ganglion lymphatique hypertrophié (Lassus, P. Pott), mais dans le ganglion on ne trouve pas de collet du sac ni de pédicule. On peut du reste chercher à connaître la cause de l'hypertrophie du ganglion.

Certaines hernies enflammées ont pu être prises pour un abcès de l'aîne : les commémoratifs, le toucher vaginal pourront quelquefois empêcher l'erreur.

Guersant avait pris une hernie de l'ovaire pour une tumeur enkystée de la grande lèvre et Lück, dans un cas d'ovaire kystique, pour un lipome.

Le kyste du canal de Nück peut aussi induire en erreur : dans ce cas, la tumeur est molle, translucide et immobile.

Nous devons aussi insister sur le diagnostic avec les fibromes du cordon : le toucher permet parfois de retrouver la trompe et l'ovaire dans l'abdomen. La tumeur est dure, immobile, irréductible.

Il faut enfin nous mettre en garde contre les hernies de l'appendice assez faciles à confondre avec les hernies des organes génitaux.

Nous devons pour terminer signaler le cas de Tailhefer, de Béziers, qui a pris une hernie de l'ovaire, chez une enfant de 5 mois, pour une hernie du rein (obs. XLIX).

Chambers a cité un cas de hernie double de l'ovaire, sans utérus ni vagin et à l'examen histologique, les organes ont été reconnus être des testicules. Cette erreur méritait d'être signalée.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Les hernies des organes génitaux de la femme, outre les douleurs et les malaises dont elles sont la cause (obs. LXVI) sont sujettes à des complications qui peuvent retentir sur l'état général de la malade.

Les congestions et inflammations des organes herniés sont des complications locales, mais les troubles menstruels peuvent avoir leur répercussion sur tout l'organisme par des phénomènes de congestion et des troubles nerveux (obs. LXVI).

Une des complications les plus fréquentes est l'étranglement. Il nous serait trop long de signaler toutes les observations que nous avons trouvées présentant cette lésion. L'étranglement se produit d'emblée ou par étapes. Les symptômes sont assez semblables à ceux qu'on rencontre dans l'étranglement de l'intestin : douleur du côté de la hernie qui est rouge et tendue ; symptômes généraux graves : anxiété, torpeur, agitation, facies grippé, parfois ballonnement du ventre, vomissements muqueux. Toutefois les vomissements sont rarement fécaloïdes et le météorisme de l'abdomen est moins prononcé. On ne remarque presque jamais l'arrêt complet des matières et des gaz. Dans les cas où ces symptômes se produisent, on peut les expliquer par l'étranglement d'une anse intestinale sous un pont formé par les ligaments fortement tendus.

Une autre complication réside dans l'infection et la

suppuration de la hernie. Dolbeau en a rapporté un cas et nous avons pu en trouver une observation (XXIX). Les infections sont surtout fréquentes dans les hernies étranglées après inflammation des organes herniés.

Les adhérences des organes, rendant la hernie irréductible et prédisposant à l'étranglement sont aussi à compter parmi les complications.

Devons-nous aussi considérer comme conséquences de la hernie les dégénérescences ou lésions des organes ? Dans certains cas, comme l'atrophie, l'inflammation, les kystes, peut-être en est-il ainsi, mais il faut faire des réserves pour les kystes, cancers, salpingites qui peuvent non seulement ne pas être consécutifs à la hernie, mais parfois en être la cause.

Reste la grave question de l'influence de la hernie sur les fonctions des organes génitaux. Sans doute l'ovaire est gêné pour accomplir sa fonction périodique : la compression de l'organe peut amener sa dégénérescence, son atrophie et conduire ainsi peu à peu à la stérilité. Pourtant la menstruation semble pouvoir persister même dans le cas de hernies doubles de l'ovaire.

Quand la trompe n'accompagne pas l'ovaire, les conditions des rapports de l'ovaire avec le pavillon de la trompe sont complètement changées et ce fait peut entraîner la stérilité ou plus souvent la production de grossesse extra utérine à l'intérieur du sac (obs. XXXI) ou dans la cavité abdominale.

Dans les cas de hernies de l'utérus, on a constaté une prédisposition aux avortements (obs. LXIII). On

a aussi accusé les hernies des organes génitaux des positions vicieuses du fœtus dans l'utérus, mais ce fait ne semble pas suffisamment démontré malgré la déviation qu'on constate. En tous cas la terminaison normale de l'accouchement est toujours fortement gênée dans les hernies de l'utérus gravide et une opération est le plus souvent indispensable.

TRAITEMENT

Si la hernie n'amène pas de gêne trop grande ou de douleurs trop vives ou trop persistantes, on pourra se contenter de faire la réduction par le taxis et de la maintenir par le port plus ou moins prolongé d'un bandage approprié.

Pourtant, étant donnée l'innocuité de l'opération, il serait préférable de recourir à la cure radicale de la hernie. Cette opération, chez les jeunes enfants, leur permettrait de ne pas voir survenir les accidents qu'on rencontre presque toujours dès la puberté. Elle est, en tous cas, absolument indiquée dans les cas de douleurs trop vives ou trop persistantes ou dans les cas de complications dangereuses pour l'état général de la malade.

L'intervention consistera en une cure radicale de la hernie avec réduction des organes par dilatation du trajet avec les doigts ou par débridement.

Toutefois on se gardera bien de réduire les organes s'ils n'étaient pas tout à fait sains pour éviter les complications postérieures (péritonite, etc.) Dans les cas de lésions telles que congestion trop intense, inflammation, suppuration, kystes, cancers, tuberculose, etc., il faudra nécessairement procéder à l'extirpation des organes altérés. Nous ne citerons que pour mémoire le traitement des kystes herniés par des

injections iodées préconisé par Cazati et qui nous semble plein de dangers.

Quant aux hernies de l'utérus gravide, il faut, si possible, pratiquer la réduction de l'organe au début de la grossesse, par taxis. Si on n'a pu le faire, on pourra avoir recours à l'avortement, si on prévoit de graves complications, ou laisser évoluer la grossesse, quitte à pratiquer, lorsqu'elle sera à terme, l'opération césarienne suivie ou non de réduction de l'utérus. Dans le cas où la réduction de l'organe après la délivrance serait impossible, on a conseillé de fixer le moignon utérin dans la plaie. (Porro).

HERNIES DE L'OVAIRE

OBSERVATION I (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'ovaire

(Courty, cité par Puech)

Enfant de 10 ans, maigre, éprouvant dans l'abdomen des douleurs lancinantes, aiguës, amenant un sentiment d'angoisse.

Tumeur inguinale droite du volume d'une petite amande, dirigée dans le sens du canal inguinal, demi-molle à la circonférence et dure au centre, rénitente, très douloureuse à la pression, réductible.

Cette tumeur serait congénitale.

Diagnostic de hernie de l'ovaire.

OBSERVATION II (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'ovaire

(Balley. Thèse Doctorat, 1854)

Enfant de 10 ans, ayant depuis 2 ans au niveau de l'anneau inguinal externe gauche une tumeur grosse comme une noisette douloureuse, réductible dans le decubitus dorsal, ovoïde, dure, circonscrite : la peau est tendue sans altération.

La douleur se reproduit par la marche. Aucun trouble digestif.

Traitement par un bandage.

OBSERVATION III (*résumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire gauche

(Guersant. Soc. de chirurgie, 1851)

Fillette de 11 ans, bien constituée, portait depuis l'âge de 1 an une tumeur dans la grande lèvre gauche. Grosse comme une petite noix, très mobile, douloureuse à la pression, fluctuante sur un point, dure vers la base, la tumeur indolore au début avait entraîné une gêne de plus en plus forte et jusqu'à la claudication. A l'opération, on reconnut l'ovaire qu'on extirpa. Mort trois jours après de péritonite.

OBSERVATION IV (*résumée*)

Hernie inguinale double de l'ovaire. Pas d'utérus ni de vagin

(Barnes. Annales de gynécologie, 1883)

Fille de 19 ans, jamais menstruée. Il y a 18 mois, apparition dans la grande lèvre droite d'un gonflement douloureux qui disparut seul. Mêmes phénomènes 4 à 5 mois après. Oldham trouve une tumeur du volume d'un œuf d'oie, tendue et ferme, entre l'anneau inguinal externe et la grande lèvre; les tissus voisins sont enflammés et douloureux. A gauche, on trouve un corps oval du volume d'une noix émergeant de l'anneau externe et rentrant facilement : c'est l'ovaire gauche au repos.

Ni utérus, ni vagin, glandes mammaires bien formées. La malade se marie. Oldham continue de la voir. Pendant 3 ans l'ovaire droit seul augmente de volume; puis pendant 2 ans, ce fut l'ovaire gauche, le droit restant au repos. Quelquefois le nismus menstruel apparaissait brusquement en une nuit, mais le plus souvent l'ovaire augmentait graduellement de volume : l'évolution durait environ 12 jours. L'ovaire doublait de volume et prenait une forme aplatie montrant que l'organe entier entraînait en fonction. La jeune femme n'éprouvait point de souffrances et rien ne traduisait la suppléance du flux menstruel.

OBSERVATION V

Hernie inguinale double des ovaires

(Percival Pott, Œuvres chirurgicales, t. I, p. 492. Paris, 1777)

Une femme de 23 ans vint à l'hôpital Saint-Barthélemy à cause de deux enflures qu'elle avait aux aines, au devant de l'ouverture aponévrotique des muscles obliques. Ces tumeurs ne s'enflammèrent pas, ne furent pas étranglées; mais la compression qu'elles subissaient dans les mouvements des membres abdominaux y causait de si vives douleurs, que, n'ayant pu parvenir à les réduire, on crut devoir les extirper pour mettre cette femme en état de gagner sa vie. Ces tumeurs étaient formées par les ovaires contenus dans de petits sacs péritonéaux. Avant de les exciser on lia le pédicule qui les tenait au ventre. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la santé se rétablit bien; mais le flux menstruel, qui jusqu'alors avait été régulier,

ne reparut plus ; le sein qui était très gros, s'affaissa ; les muscles prirent en apparence plus de développement, la femme devint plus maigre.

OBSERVATION VI (*résumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire droit kystique

(Meadows. Transaction of the obstetrical Society of London, for the year 1861, t. II, p. 438. Cité par Courty)

Femme de 23 ans, portant depuis sa naissance dans l'aine droite une tumeur regardée comme une hernie ne causant presque aucune incommodité, ne disparaissant jamais, mais ne prenant aucun accroissement, ne devenant douloureuse qu'accidentellement. A 15 ans, elle commença à être réglée, le fut régulièrement sans accidents de la hernie.

Trois ans après, après s'être courbée, elle s'aperçut que la tumeur avait augmenté de volume ; à la période suivante, violentes douleurs précédant la perte, s'étendant à l'aine et dans le bassin avec augmentation de volume de la hernie. Depuis ce temps, douleur aiguë au moment des pertes.

Dans l'intervalle des pertes, elle souffrait peu.

Opération : le pédicule de la tumeur était distendu par du fluide. Ligature du pédicule et excision de la tumeur. Cure radicale. Guérison.

La tumeur est reconnue être l'ovaire d'apparence compacte, renfermant de nombreuses cavités irrégulières de dimensions variables, toutes remplies de sérosité. Le pédicule était formé par un kyste développé sur l'extrémité de l'ovaire la plus rapprochée de l'abdomen.

OBSERVATION VII (*résumée*)

[Hernie inguinale droite congénitale de l'ovaire

(English, Oesterreich. méd. Jahrb, 1871)

Femme de 25 ans, atteinte depuis sa naissance d'une tumeur inguinale droite réductible. Bandage jusqu'à 12 ans. Depuis, la hernie sortit, augmenta de volume et fut souvent douloureuse. Réglée à 19 ans : augmentation de sensibilité et de volume de la tumeur aux époques menstruelles. Pendant une grossesse,

la tumeur sortit peu, devint plus petite et fut exempte de douleurs.

Six jours après l'accouchement, réapparition de la tumeur, du volume d'un œuf et devenue irréductible : elle est piriforme, douloureuse, mate et fluctuante.

Au toucher vaginal : l'utérus était incliné vers la tumeur. La partie droite du bassin était sensible. Constipation, pas de vomissements. Une première ponction donne un peu de sang ; une seconde, du pus mêlé à du sang. La tumeur diminue de volume et est indolore en dehors des règles.

OBSERVATION VIII (*résumée*)

Hernie inguinale droite congénitale : ovaire kystique

(Lucas Championnière, Thèse de Boudaille, Paris, 1891)

Femme de 28 ans portant une hernie inguinale droite congénitale douloureuse.

Elle ne peut supporter son bandage.

Opération (4 juin 1890) : le sac ouvert, on tombe sur un kyste du volume d'une noix, tendu et alternant à l'ovaire dégénéré : résection de l'ovaire et d'une partie de la trompe. Le ligament rond est intimement accolé au sac. Ligature du pédicule. Cure radicale.

Guérison complète : les douleurs ont disparu.

OBSERVATION IX (*résumée*)

Hernie inguino-labiale de l'ovaire droit avec kyste réticulaire

(Fargas, de Barcelone, Archives de Tocologie, Paris, 1890, p. 767)

Femme de 38 ans, présentant une grave tumeur de la région inguino-labiale droite et dans l'aîne gauche une hernie réductible dans laquelle on sent nettement l'ovaire.

Il y a huit ans, la tumeur du côté droit était analogue à la hernie du côté gauche actuelle, mais elle augmenta de volume, devint irréductible, il y a six ans et continua à grossir : elle descend jusqu'à mi-cuisse.

Diagnostic : hernie de l'ovaire kystique.

Opération : la tumeur libre dans le sac péritonéal est enlevée.

Ligature du pédicule, réduction. Réduction d'une anse épiploïque adhérente. Cure radicale. Guérison.

La tumeur du volume d'une tête d'homme présente l'aspect typique des kystes réticulaires de l'ovaire.

La malade n'a jamais eu de troubles de menstruations ; les tumeurs étaient plus sensibles au moment des règles. Pendant les derniers mois des grossesses, les tumeurs restaient réduites.

OBSERVATION X (*résumée*)

Hernie congénitale double de l'ovaire. Carcinome

(Guersant, Société de chirurgie, 1858)

Fille de 3 ans, portant une tumeur dans chaque aine et dont la découverte remontait à six mois. Ces tumeurs, solides, s'étaient accrues ; celle du côté droit avait le volume d'un œuf de pigeon ; celle de gauche était parfaitement réductible.

Autopsie : les deux fosses iliaques étaient remplies par d'énormes tumeurs se rejoignant sur la ligne médiane et formées par les ovaires hypertrophiés et dégénérés (encéphaloïdes). Une partie pénétrait dans le canal inguinal de chaque côté. Pas d'utérus. Vagin en cul de sac.

OBSERVATION XI (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'ovaire. Angiosarcome

(Rheinstädter, Centralblatt für Gynæk, nov. 1878)

Femme de 68 ans, portant au voisinage du clitoris une tumeur ovale allongée avec appendice arrondi réductible et de la consistance d'une entérocele. Tumeur ovale du volume d'une tête d'enfant, fluctuante. Vagin spacieux. Pas d'utérus ni de rudiments des cordons de Müller. Mamelles peu développées ; bassin féminin Absence des règles. Gêne de la marche, douleur.

Diagnostic : tumeur de l'ovaire.

Opération : sac épaissi, fibreux, renfermant la tumeur et des anse intestinales adhérentes au sac et à la tumeur. On libère ces adhérences, ligature du pédicule et résection de la tumeur avec une partie du sac. Réduction de l'intestin.

La tumeur est un angiosarcome de l'ovaire. Guérison.

OBSERVATION XII

Hernie inguinale gauche de l'ovaire

(Haïk Sébian, Th. Paris, 1904)

Blanchisseuse de 35 ans, entrée dans le service de L. Championnière en mai 1902 pour une hernie datant de dix ans à la suite d'une chute.

La hernie, inguinale gauche, soulève les téguments, est irréductible dans toutes les positions et la toux ne lui imprime qu'une faible impulsion. Les règles sont normales et ne furent douloureuses qu'au début de l'établissement de la menstruation (à 16 ans). On fait le diagnostic d'épiplocèle.

Après incision on trouve un sac épaissi ; il ne contient pas trace d'épiploon, mais l'ovaire est trouvé de teinte ecchymotique d'apparence saine. On le réduit.

Son volume, bien supérieur à la normale (il ressemblait à une noix) ne correspondait pas au volume de la tumeur avant l'incision.

Cure radicale. Suites normales.

OBSERVATION XIII (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de l'ovaire, du ligament rond et de l'intestin

(Lucas Championnière. Thèse de Boudaille, Paris, 1891)

Femme de 50 ans, sans enfants, dont la profession exige de longs efforts. Un frère a une hernie. Vers 1870, apparition d'une petite tumeur à la région inguinale gauche. La hernie devint volumineuse, la malade n'ayant pu supporter un bandage.

D'abord incolore, la tumeur fut le siège de douleurs sourdes. Ni vomissements, ni coliques.

Grosse comme une tête de fœtus, gênant la marche, la tumeur n'est qu'en partie réductible malgré la largeur de l'orifice du sac herniaire.

Opération (avril 1887) : le sac contient beaucoup de gros et petit intestin ; il est traversé par un gros cordon ; le ligament rond ; l'ovaire proémine dans l'orifice inguinal.

Cure radicale. Guérison.

Mort en novembre 1887. A l'autopsie on trouve sur les intestins des ulcérations paraissant tuberculeuses et les poumons sont congestionnés. L'opération avait parfaitement réussi.

OBSERVATION XIV (*résumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire droit, suite de couches

(Loper. Monatschrift für Geburtskunde, etc. t. XXVIII, page 433, 1866,
cité par Courty)

Femme de 34 ans, mère de 6 enfants. Quatre jours après avoir accouché de 2 jumeaux, violentes douleurs dans la région inguinale droite où existait une tumeur analogue à une glande. Gonflement du ventre.

Pas de selles depuis l'accouchement, ventre douloureux, soif intense, fièvre, pas de vomissements.

Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, consistance gommeuse, peu mobile, irréductible, douloureuse à la pression, en avant de l'anneau inguinal externe.

La malade avait antérieurement à ce niveau une hernie réductible : on pense à une hernie de l'ovaire dans un ancien sac d'entérocele.

Opération : on trouve dans le sac l'ovaire rougeâtre et très congestionné. Débridement et réduction de l'ovaire après destruction des adhérences : apparition d'une anse intestinale.

Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XV (*résumée*)

Hernie inguinale droite, ovaire étranglé

(Maisonneuve. Thèse professorat, 1850)

Femme de 50 ans, ayant une hernie depuis plusieurs années sans troubles importants. Brusquement signes d'étranglement : Face crispée, peau sèche, ballonnement du ventre, vomissements muqueux et bilieux fréquents : peu de selles.

Tumeur ovoïde, grosse comme le poing dans l'aîne droite au-dessus du ligament de Fallope. Tumeur non douloureuse à la pression et irréductible.

Opération : débridement et réduction. L'ovaire est trouvé dans l'anneau interne, il est gros comme un œuf, ferme et rouge foncé. La malade guérit en 40 jours.

OBSERVATION XVI (*résumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire (Kyste). Etranglement
(C. Raffo. Firenze, in lo Sperimentale. Centralb. für chirurgie)

Femme de 48 ans, portant dans le pli de l'aîne gauche une tumeur volumineuse augmentée depuis 4 semaines. Auparavant ni tuméfaction, ni douleur. Brusquement, phénomènes graves d'étranglement. Herniotomie : on tombe sur une poche très tendue renfermant un liquide gluant : c'est un kyste qui se continue à travers le canal inguinal par un corps solide, l'ovaire gauche.

Le corps de l'utérus se trouve tout près de l'orifice interne du canal inguinal.

Excision de l'ovaire. Guérison.

Raffo avait diagnostiqué une hernie épiploïque enflammée.

OBSERVATION XVII (*résumée*)

Hernie de l'ovaire gauche inguinale. — Etranglement
(Balleray, The American journal of medical science 1877, cité par Puech)

Femme de 37 ans, sans enfants, affectée depuis longtemps d'une hernie inguinale oblique gauche étranglée, il y a quelques années et réduite par le taxis. Depuis 4 jours, signes d'un nouvel étranglement. Peau enflammée. La tumeur paraît divisée en deux par un sillon. Opération : l'ovaire gauche seul occupe la pointe inférieure du sac et est étranglé par une solide bande fibreuse d'une paroi à l'autre. Section de la bride et réduction de l'organe très congestionné.

Péritonite qui retarda la guérison.

La hernie se reproduisit et nécessita un bandage.

OBSERVATION XVIII (*résumée*)

Hernie inguino-labiale droite de l'ovaire. — Kyste
(Trélat. — Gazette des hôpitaux 1889)

Femme de 47 ans, réglée à 17 ans, sans enfants. Depuis deux ans, règles moins abondantes et douloureuses. Il y a 17 ans, apparition dans la grande lèvre droite d'une tumeur du volume d'une noix, suite d'effort. Depuis 4 ans, douleurs dans l'aîne et

développement graduel et lent de la tumeur. Douleurs par accès avec accroissement de volume, au moment des règles et même dans l'intervalle.

A la partie supérieure de la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une amande dans le sens de la grande lèvre. Elle est lisse, unie, fibreuse, mobile, douloureuse à la pression.

Utérus en antéflexion, non adhérent, fibromateux, remontant à 4 travers de doigts au-dessus de l'ombilic; la corne droite est rapprochée de l'orifice inguinal. On pense à un ovaire hernié. Opération : résection de la tumeur et d'un pédicule assez volumineux. Guérison.

La tumeur est un ovaire atrophié, ayant fonctionné. Sur le pédicule une petite cavité kystique et à son niveau un gros paquet de fibres nerveuses hypertrophiées.

OBSERVATION XIX (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'ovaire. — Kystique

(Thomas. Thèse de Doctorat Paris 1887, service de M. Tillaux)

Femme de 22 ans, sans antécédents pathologiques, réglée à 13 ans, mariée à 18, sans enfants ni fausses couches. Il y a 3 ans elle se donna un coup dans la région du pubis : vive douleur et apparition au côté droit d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. La tumeur resta stationnaire pendant 3 ans et se mit à grossir il y a 6 mois sans nouveau traumatisme. Réduction de la hernie, pas de bandage.

Tumeur du volume d'un œuf de dinde, ovoïde, se continuant avec l'anneau inguinal et située au tiers supérieur de la grande lèvre droite. En haut empatement et bosselures (tumeur marquée), en bas fluctuation. Pas de douleur à la pression, irréductibilité, impulsion dans les efforts de toux, matité, pas de gargouillement, pas de transparence. Gêne dans les mouvements. Pas de sensibilité spéciale. Pas d'hystérie. Les règles n'amènent aucune modification. Aucun trouble des organes génitaux.

Opération : poche fluctuante contenant un liquide analogue à celui de l'hydrocèle. A la partie supérieure de la poche, petite masse grosse comme une châtaigne reliée au canal inguinal par un pédicule dur, épais, renfermant une cavité cylindrique

à paroi lisse contenant du liquide semblable au précédent. Ligature du pédicule le plus haut possible et résection. Dissection du sac, cure radicale.

Il s'agissait d'un ovaire ayant subi la dégénérescence kystique par places (Albaran).

Guérison après quelques douleurs dans la région ovarique droite.

OBSERVATION XX (*résumée*)

Hernie crurale droite de l'ovaire

(Verdier. — Traité des hernies)

Femme de 30 ans, nerveuse, présentant une tumeur à l'aîne droite près de l'arcade crurale. Volume très variable augmentant au moment des règles, disparaissant presque à leur ssue. Traitement par une ceinture élastique, mais les douleurs persistent au moment des règles.

OBSERVATION XXI (*résumée*)

Hernie crurale droite de l'ovaire

(Loumaigne. Thèse; Paris, 1869)

Femme de 34 ans, entrée à Beaujon (service de Dolbeau), présentant une tumeur douloureuse, irréductible, dans l'aîne droite, forme et volume d'un œuf de pigeon, survenue à la suite d'un effort.

La tumeur est adhérente aux plans profonds par un pédicule mince, fibreux, s'engageant à travers l'anneau crural et inséré à la partie postérieure et interne. Par le toucher vaginal, en imprimant de brusques secousses à l'utérus, on faisait glisser légèrement la tumeur sous la peau. Inclinaison de l'utérus vers la hernie constatée avec l'hystéromètre.

Règles très douloureuses avec augmentation de volume de la tumeur.

OBSERVATION XXII (*résumée*)

Hernie crurale de l'ovaire pendant la grossesse

(Desseux)

Femme de 37 ans, mère de 6 enfants, fait une chute, au quatrième mois d'une septième grossesse. Douleurs dans les

régions lombaire et hypogastrique, tiraillements pénibles partant de l'aîne gauche jusque dans la fosse iliaque.

Station debout et decubitus dorsal douloureux. Soulagement dans le decubitus latéral gauche. Les accidents deviennent graves au septième mois et sont très violents à la fin de la grossesse s'accompagnant de syncopes. Trois jours après l'accouchement, tumeur dans l'aîne gauche, sans changement de couleur de la peau, vers la partie interne de l'arcade crurale, très douloureuse à la pression, ferme à la partie moyenne, molle à la base, avec signes d'étranglement.

A l'opération on trouve une hydatide attenant à l'ovaire hernié par la partie interne de l'arcade crurale.

Ni intestin, ni épilipoon.

OBSERVATION XXIII (*résumée*)

Hernie ischiatique de l'ovaire

(Camper, 1759, cité par Deneux)

Sac herniaire formé par le péritoine à travers l'échancrure ischiatique gauche, poche membraneuse ne contenant aucun organe, mais l'ovaire gauche plus volumineux que normalement y entraît dès qu'on le laissait libre. Camper affirme que l'intestin n'y a jamais pénétré.

HERNIES DE LA TROMPE

OBSERVATION XXIV (*résumée*)

Hernie inguinale droite de la trompe

(Bonnet. Thèse de Paris, 1898, n° 303)

Enfant de 19 mois, sans antécédents.

Grosseur dans l'aîne droite depuis 6 mois; tumeur ovoïde apparaissant à l'orifice externe du canal inguinal quand l'enfant pleure. Peu sonore à la percussion. Réductible avec gargarillement.

Cure radicale : sac très épais contenant la trompe de Fallope. Après examen le sac, pris à un moment pour la vessie, est reconnu formé par le canal de Nück.

Guérison.

OBSERVATION XXV (*résumée*)

Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche

(Wiart. Bulletin de la Société anatomique, 1899)

Enfant hydrocéphale de 6 mois. Autopsie : Utérus fortement dévié à gauche, la corne de ce côté étant en contact avec la paroi pelvienne et regardant en avant et à gauche vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire, dans la fosse iliaque interne, atteint presque par son extrémité antérieure l'orifice inguinal. La trompe et le ligament rond s'engagent dans cet orifice et tous deux sont attachés à sa partie inféro-externe par un court méso commun. A droite la trompe et l'ovaire ont une situation normale. A l'extérieur, rien de visible avant dissection, pas trace de tumeur. La peau enlevée, on constate, à gauche un sac péritonéal du volume d'un petit pois faisant issue par l'orifice externe du canal inguinal. On y trouve la trompe bosselée, flexueuse, enroulée de dehors en dedans, formant presque un O complet, de sorte que le pavillon qui regarde en avant vient presque au contact du segment de trompe qui sort immédiatement de l'orifice. L'organe est attaché à la partie postérieure du sac par un méso très court, sauf au niveau du pavillon.

OBSERVATION XXVI (*résumée*)

**Double hernie congénitale des trompes sans hernie
de l'ovaire**

(P. Wiart. Bulletin de la Société anatomique, 1898)

Autopsie d'un sujet féminin de 2 mois et demi.

Ouverture de l'abdomen : utérus fortement dévié à droite, la corne droite regardant en avant et à droite vers l'orifice interne du canal inguinal. L'ovaire à cheval sur le détroit supérieur, n'atteint pas cet orifice, mais le ligament rond, la trompe et le ligament tubo-ovarien s'y engagent. Le ligament rond en dedans entouré du péritoine adhère à l'anneau, la trompe et le ligament de l'ovaire sont libres. Les organes sont sains

A gauche, le péritoine accompagne également le ligament rond dans le canal inguinal dont l'orifice est obturé par le pavillon de la trompe qui s'y engage sans adhérences. Les organes sont sains.

A l'extérieur, rien d'apparent avant la dissection. La peau enlevée, on trouve de chaque côté un sac péritonéal, du volume d'un gros grain de blé, sortant par l'orifice externe du canal, le sac de droite est plus volumineux que celui de gauche. La partie postéro-interne du sac du côté droit est tapissée par l'épanouissement du ligament rond.

A gauche le sac est vide, la trompe n'atteignant pas l'orifice externe. A droite la trompe est allongée dans le sac oblique en bas et en dedans, non adhérente, tournant en dehors son bord supérieur tandis que le pavillon qui occupe le point le plus bas de la portion herniée regarde en dedans et en arrière. Le ligament tubo-ovarien est très allongé. Aucune autre malformation congénitale.

OBSERVATION XXVII (*résumée*)

Hernie inguinale droite étranglée de la trompe

(Scholler. Gazette médicale de Paris, 1840)

Enfant de 19 jours, refusant le sein, respirant difficilement ; ventre ballonné et douloureux ; vomissements verdâtres ; langue sèche, traits tirés ; convulsions. Mort pendant la nuit.

Autopsie : à droite hernie inguinale s'avancant jusqu'à la

grande lèvre et contenant la trompe de Fallope rouge, tuméfiée, non adhérente. Ligament rond plus court du côté droit; utérus déplacé et non parallèle à l'axe du corps.

OBSERVATION XXVIII (*résumée*)

Hernie inguinale de la trompe sans l'ovaire

(Art. de Vaucher. Thèse de doctorat, Lyon, 1895. Service de M. A. Polosson, salle Saint-Paul)

M. A..., domestique, 23 ans, célibataire; pas d'enfants, ni fausse couche. Bonne santé; périodes régulières tous les 15 jours depuis l'âge de 10 ans, non douloureuses. En décembre dernier, arrêt brusque des règles au deuxième jour après une journée de lessive: nausées, céphalée. Les règles n'ont pas reparu: la malade éprouvait quelques douleurs en ceinture au moment où l'écoulement menstruel aurait dû survenir. Il y a 10 jours, en faisant un effort, brusque douleur dans le ventre bientôt localisée à la région inguinale gauche; apparition d'une petite tumeur dans cette région le soir même. Nausées sans vomissements. La tumeur disparaissait pendant le repos de la nuit et n'était douloureuse au toucher qu'à la fin de la journée.

Opération: Dans la tumeur, du volume d'une noix et allongée dans le sens du trajet inguinal, on trouve un cordon dur sur la paroi inférieure du sac et dont l'extrémité étalée en pavillon s'insère sur la grande lèvre. Cette extrémité est flanquée d'un petit corps ovoïde qu'on croit être l'ovaire atrophié. Le cordon se continue à travers l'orifice supérieur du canal inguinal et adhère au sac. Ce cordon est la trompe, malgré l'absence des sinuosités typiques. Isolement du sac, on lie le pédicule en masse et réduit après excision. Cure radicale. Guérison.

L'examen histologique fait par M. Barjeon, interne, montre que le corps ovoïde n'est pas l'ovaire, mais un amas de tissu conjonctif. La trompe a des parois épaissies, un orifice à peine distinct et l'épithélium n'a plus ses caractères normaux.

Hernie ancienne et probablement même congénitale.

OBSERVATION XXIX (*résumée*)

Hernie inguinale de la trompe

(Voigt in Hufeland. Journal des praktischen Heilkunde, 1809)

Femme de 36 ans, mère de 6 enfants, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait et une tumeur se forma. Elle arriva à la faire rentrer. La hernie reparut plusieurs fois, mais fut toujours réduite. Un an plus tard, en faisant un effort violent, la tumeur réapparut, mais fut irréductible. Augmentation progressive du volume et des douleurs, absence des selles, vomissements.

Dans la région inguinale droite, tumeur de six pouces de long, de couleur bleu foncé, très douloureuse au toucher et fluctuante. Saignée et cataplasmes émollients : la tumeur s'ouvrit laissant écouler un pus sanieux et très fétide. Un corps tout noir du volume d'une plume à écrire sortait de l'ouverture. Ce corps sortit le lendemain : il était putréfié, long de quatre pouces, du volume d'une plume à écrire, formé de tissu dense avec une extrémité frangée et renfermant un canal. C'était la trompe de Fallope. Guérison au bout de 6 mois.

OBSERVATION XXX (*résumée*)

**Hernie inguinale de la trompe utérine droite et de la vessie.
Etranglement**

(Lejars. Revue de chirurgie, 1893)

Femme de 39 ans, ayant constaté depuis quelques jours seulement dans l'aîne droite une tumeur devenue immédiatement douloureuse et irréductible. Peau chaude, température : 39°, nausées, vomissements, pas de selles ; ventre ballonné, sensible à la pression surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Fibrome utérin constaté par le palper et s'étant manifesté par des métrorragies antérieures. Dans l'aîne, tumeur du volume d'un œuf, tendue, rouge à la surface, mate et un peu fluctuante. Irréductible et douloureuse.

Diagnostic de hernie intestino-épiploïque étranglée.

Opération : Dans le sac, liquide rougeâtre, très odorant, ni intestin, ni épiploon, mais la trompe de Fallope, étranglée et

noirâtre, d'odeur fétide, non adhérente : à l'orifice dilaté, il sourd du même pus. Excision après avoir attiré au dehors la portion saine. Cautérisation du pédicule. Au cours de la cure radicale, large déchirure de la vessie herniée également et adhérente au sac. Fistule urinaire pendant 4 mois. Guérison.

OBSERVATION XXXI (*résumée*)

Grossesse tubaire dans une hernie inguinale

(Jordan, Clinique chirurgicale du docteur Czerni. Heidelberg. Münchener medicinische Wochenschrift, 1897)

Femme de 37 ans, sans antécédents pathologiques. Première grossesse en 1888, normale, mort de l'enfant.

En 1889-1890, pyosalpinx opéré et guéri.

En 1892, deuxième accouchement spontané après application de forceps ; à la suite, fistule vesico-vaginale, par sphacèle de la paroi. Guérison après plusieurs opérations, la dernière par Czerni.

La malade est atteinte de constipation opiniâtre avec cure de rétention stercorale aiguë en juillet 1896. Cette cure céda à un traitement médical.

Le 3 août 1896, la malade, qui se croit enceinte, est prise de très violentes coliques avec vomissements. Etat d'anémie, visage anxieux, pouls petit et fréquent, ventre tendu, tympanisme, douleur à la pression. A la région inguinale droite, près de la cicatrice d'une ancienne opération, on trouve une tumeur du volume du poing donnant un tympanisme assourdi. Au dessous de la cicatrice qui présente un orifice herniaire, on remonte une tumeur herniaire grosse comme un œuf de pigeon, molle et réductible. A gauche, au niveau de l'orifice inguinal externe et dans une autre cicatrice, hernie grosse comme une pomme, molle, irréductible, douloureuse, donnant un son sourd.

Le 4 août, continuation des vomissements et des douleurs, toujours pas de gaz, ni de matières.

Le 5 août, vomissements d'aspect fécaloïde, douleurs plus violentes. Tous les traitements échouent.

Les symptômes d'étranglement décident l'opération. Incision oblique en dehors, à gauche et en haut ; sac, gros comme une pomme, assez épais, rempli de caillots très adhérents. On enlève les caillots et on voit suinter de la profondeur du sang

artériel. On prolonge l'incision et on trouve dans la profondeur du sac un fœtus avec toutes ses annexes Résection de l'ovaire après ligature. Nombreux caillots au milieu de l'intestin. Large et solide adhérence du côlon au sac Toilette de la cavité de Douglas et tamponnement

Fœtus de 7^{cm} 1/2, masculin, de onze à douze semaines, frais et sain. L'œuf développé, dans la portion moyenne de la trompe, porte sur l'un de ses côtés l'extrémité abdominale de la trompe, courte, épaissie avec de nombreuses franges. Les parois des deux parties de la trompe embrassent l'œuf et le recouvrent en entier. Plusieurs kystes dans le ligament large.

L'état de la malade empêche d'opérer l'autre hernie et la malade meurt le 6 août

A l'autopsie, on trouve à droite de nombreuses adhérences intestinales provoquant une série de rétrécissements de l'intestin. Utérus volumineux pourvu d'un caduque. Caillots sanguins disséminés.

OBSERVATION XXXII (*résumée*)

Hernie crurale de la trompe

(Dupont, de Lausanne, Société vaudoise de médecine, 4 avril 1878)

Femme de 38 ans, portant une tumeur du pli de l'aîne sur le ligament de Poupart. Cette tumeur bilobée est fluctuante, mais non étranglée. La malade est enceinte de quatre à cinq mois.

Une ponction exploratrice amène un liquide jaune citron et on pense à un sac kystique.

Opération : le sac ouvert donne issue à du liquide et laisse voir un corps gros comme le doigt, violet, la trompe de Fallope.

Réduction. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XXXIII (*résumée*)

Hernie crurale gauche de la trompe, kyste

(Kousmine, Revue de chirurgie, 1893)

Femme de 36 ans, sans antécédents pathologiques. Règles douloureuses, tous les 15 jours. Douleurs plus fortes dans le bas ventre, le sacrum et la moitié gauche du bassin depuis son

mariage. La malade marche courbée et penchée du côté gauche.

A la suite de massages (juin 1882), apparition d'une tumeur au-dessus d'une ligne tirée de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Les douleurs disparaissent, mais la tumeur est sensible, elle augmente peu à peu au point d'empêcher la malade de marcher.

La tumeur représente un sac serré dans l'aîne et divisé en deux cavités qui communiquent ; la cavité supérieure est un peu mobile, mais la cavité inférieure est immobile dans tous les sens : elle diminue ou s'accroît par suite du passage du liquide d'un sac dans l'autre. Matité absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Par le toucher vaginal et l'exploration bimanuelle on constate que l'utérus est incliné à gauche et en avant et on sent de ce côté un pédicule dirigé vers l'aîne. On ne peut trouver l'ovaire ni par le toucher vaginal ni par le toucher rectal. Par une ponction, on retire un liquide séro-purulent.

Incision sur la tumeur herniée : après ouverture du sac on tombe sur un kyste rempli de pus et adhérant fortement aux tissus voisins. La poche supérieure se vide en même temps. Les mouvements imprimés au col utérin se transmettent à la paroi du sac supérieur confirmant le diagnostic de dilatation kystique de la trompe en forme de hernie dans le canal crural. Drainage entre les deux cavités, grattage et tamponnement de la cavité inférieure. Cinq mois après, guérison complète.

OBSERVATION XXXIV (*résumée*)

Hernie crurale gauche de la trompe étranglée

(Broca, Bulletin de la Société anatomique, janvier 1893)

Femme de 40 ans, portant une hernie crurale gauche étranglée depuis 36 heures, ne présentant rien de particulier à l'examen. La malade avait déjà éprouvé des accidents un mois auparavant, mais le taxis en avait eu raison.

Kélotomie : issue du liquide à l'ouverture du sac et apparition d'une anse étranglée d'intestin grêle congestionnée mais en bon état. L'intestin est flanqué à son côté interne de la trompe, reconnaissable à son pavillon dirigé en bas. Cette trompe est rose et non adhérente.

Débridement ; réduction de l'intestin et de la trompe ; cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XXXV (*résumée*)

Hernie crurale droite étranglée de la trompe

(Brünner, Beitrage fur klinischen chirurgie, 1889. Citée par Lejars)

Femme de 38 ans, pas d'antécédents pathologiques, ayant eu deux enfants. A 30 ans, au moment des règles et après de grandes fatigues, vives douleurs dans la région inguinale droite et apparition d'une tumeur grosse comme une noix. Six ans après, à la suite de nouvelles fatigues, descente de matrice, douleurs à l'aîne, augmentation de volume de la tumeur. Le prolapsus réduit se reproduisit plusieurs fois.

Le 2 septembre 1888, la tumeur, grosse comme un œuf, est irréductible, douleurs intolérables, nausées. On pratique la réduction qui ne persiste pas. Dans le creux inguinal droit, où la peau est rouge, éraillée (par le fait du bandage) on trouve une tumeur, du volume d'un œuf, dure, sonore, non fluctuante, douloureuse à la pression. Par le toucher on sent l'ovaire droit volumineux, sensible ; on ne sent pas l'ovaire gauche.

Kélotomie : incision perpendiculaire au ligament de Poupart. A l'incision du sac, issue d'un liquide clair, un peu rougeâtre. Il est rempli par un organe rouge foncé ressemblant à une crête de coq, mou au toucher et qui se continue par un cordon assez épais pénétrant dans l'abdomen par l'anneau crural.

Débridement : l'organe est la trompe et en tirant sur elle on amène l'ovaire qui paraît sain.

Pas d'adhérences, réduction. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XXXVI (*résumée*)

Hernie crurale droite étranglée de la trompe

(Brünner. Beitrage zur Klinischen Chirurgie 1889)

Femme de 68 ans, n'ayant aucun antécédent pathologique, pas d'enfants. Sa mère et deux autres enfants ont eu des hernies. Douleurs au moment des règles. La hernie, apparue à 50 ans, après la ménopause, ne fut jamais irréductible qu'en partie. Dans les efforts, augmentation de volume

et douleurs. Depuis le mois de septembre 1887, douleurs constantes et depuis le 20 octobre la hernie ne rentre plus : ventre ballonné, tendu, pas de vomissements, selles régulières.

Au 27 octobre, dans la région crurale droite, au dessous du ligament de Poupart, tumeur du volume d'un œuf, un peu rouge, tendue, sensible, donnant un son tympanique sourd. Kélotomie : la portion inférieure du sac violacée est recouverte par une seconde bosselure plus grosse, de couleur jaunâtre, de consistance solide, lipome sous séreux. Le sac ouvert donne issue à un liquide clair et étant développé montre un organe plissé, rouge sombre, qui se continue à sa base avec un petit conduit et que l'on reconnaît pour l'extrémité frangée de la trompe, gonflée et œdémateuse.

Débridement, réduction de la trompe. Ablation du lipome. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XXXVII (*résumée*)

Pyosalpinx dans un sac de hernie crurale

(Gœpel. — Société médicale de Leipzig, 3 mars 1896)

Femme de 62 ans, une seule grossesse à 22 ans. Bien portante. Atteinte depuis 12 ans d'une hernie crurale droite facilement réductible. Jamais de bandage. Depuis quelques semaines la malade ne se sentait pas bien et le 5 juin 1895 elle est prise brusquement de frissons, sueurs froides, vomissements, ballonnements du ventre ; ni gaz, ni selles pendant 24 heures. La hernie est un peu ressortie.

6 juin : pouls rapide et température élevée, ventre ballonné, douloureux. Tumeur du volume d'un œuf de poule dans la région inguinale droite ; cette tumeur est molle, élastique, donnant un son creux. Utérus volumineux, en antéversion et fixe.

Incision verticale coupant le ligament de Poupart ; sac de hernie crurale tendu, contenant une sérosité un peu louche et au fond une tumeur grosse comme une noisette, rouge sombre, molle et élastique, intimement unie au collet du sac. Débridement : la tumeur est un diverticule d'un viscère, gros comme le pouce, contourné et allongé, uni à la corne utérine droite par un pédicule et épanoui sur la paroi du bassin. c'est la

trompe. On agrandit l'incision, il s'écoula du pus de l'organe qu'on excisa au thermocautère. Tamponnement.

Guérison en 4 semaines après des phénomènes de péritonite.

Trompe kystique et enflammée soudée à un ovaire kystique. Paroi de la trompe épaissie. Elle contient un pus clair et fluide.

OBSERVATION XXXVIII (*résumée*)

Hernie obturatrice étranglée de la trompe et de l'intestin

(Picqué et Poirier. — Revue de chirurgie 1892)

Femme de 78 ans, atteinte de prolapsus utérin réductible. Douleurs dans la hanche gauche et l'aîne gauche depuis longtemps, accompagnées de vomissements et disparaissant quand la malade avait rendu des gaz et des matières. Ces crises deviennent de plus en plus graves : tumeur dans l'aîne et empatement derrière l'arcade crurale.

Diagnostic : hernie crurale exceptionnelle étranglée.

Opération : on ne trouva plus la tumeur qui s'était réduite spontanément. On pensa à une hernie obturatrice. Par le toucher vaginal, on confirma l'existence de hernie obturatrice sans pouvoir la réduire. Débâcle dans la nuit et amélioration de la malade.

Les accidents reparurent à plusieurs reprises, mais moins violents, la malade se purgeant régulièrement.

Morte environ un mois après de pleurésie (?).

Autopsie : sac herniaire du volume d'un œuf de poule, entre le pectiné et l'obturateur externe, parois épaissies, pas d'adhérences aux muscles voisins.

Collet de 15 cent. de longueur, l'orifice interne est dans l'aponévrose de l'obturateur externe, l'externe répond au ligament supérieur de la membrane obturatrice.

Le collet est adhérent au canal sous-pubien.

Le sac renferme : anse intestinale épiploon, la trompe et une partie de son ligament. L'anse intestinale rouge violacée et infiltrée adhère au sac et à une collerette épiploïque. La trompe et son ligament adhèrent fortement aux parois du sac.

HERNIES DE L'OVAIRE & DE LA TROMPE

OBSERVATION XXXIX (*résumée*)

Hernie inguinale congénitale de l'ovaire et de la trompe

(Billard. Traité des mal. de l'Enf., 1837)

Enfant de 17 jours, ayant le ventre légèrement tendu présentait à la région inguinale gauche une tumeur arrondie, dure, irréductible, n'augmentant pas par les cris de l'enfant.

L'enfant mourut de pneumonie et à l'autopsie on trouva une hernie de l'ovaire gauche par le canal inguinal ; l'utérus était dévié, attiré à gauche, le ligament rond étant plus court et plus fort de ce côté ; l'ovaire et le pavillon de la trompe gauche un peu rouges et tuméfiés étaient logés librement au fond du sac formé par un prolongement du péritoine avec la cavité duquel il communiquait.

OBSERVATION XL (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de l'ovaire et de la trompe

(Charon. Journal de clinique et thérapeutique infantiles. Paris, 1898)

Enfant de 3 mois, chétive, présentant depuis 2 jours en haut de la grande lèvre gauche une tumeur de la grosseur d'une petite noix. La mère n'arien constaté avant ces 2 jours. Tumeur dure, arrondie qui par sa situation et sa brusque apparition fait penser à une hernie de l'ovaire. La tumeur est irréductible par le taxis même sous chloroforme.

Opération : sac de forme tubulaire, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, renfermant l'ovaire avec sa trompe. Réduction de ces organes en tendant le sac. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XLI

Hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une enfant

(Maass. Berlin, Klin. Woch., 1893, n° 35, p. 776)

(Revue gynécologie, Pozzi, t. III, p. 192).

Il s'agit d'une fillette, âgée de 8 mois et offrant depuis 48 heures tous les signes de l'étranglement herniaire ; vomis-

sements, arrêt des selles, abattement, enfin, présence dans la région inguinale droite d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très douloureuse à la palpation. La mère affirmait avoir remarqué l'existence de cette tumeur dès les premiers jours de la naissance. M. Maass prescrivit d'abord des lavements répétés qui provoquèrent rapidement, en abondance, des fèces d'aspect normal et de formation récente. Cependant l'état général restant mauvais et les vomissements persistant, on écarta la possibilité d'une stricture intestinale pour admettre celle d'une incarceration de l'ovaire.

L'intervention chirurgicale s'imposait donc. Après incision de la peau et du tissu sous-cutané, on tomba sur un sac très mince, renfermant un peu d'eau et une masse fortement congestionnée constituée par l'ovaire, la trompe et une partie du ligament large droit ; ce paquet se prolongeait du côté de l'abdomen par un pédicule étroit et plusieurs fois tordu sur lui-même. La vitalité de ces organes parut à l'auteur tellement compromise qu'il n'hésita pas à en pratiquer l'ablation. Cette fillette a guéri sans accidents.

M. Maass, s'appuyant sur la présence simultanée, dans le sac, de l'ovaire, de la trompe et des deux ailerons du ligament large, se croit en droit d'affirmer qu'il s'agissait d'une hernie congénitale. (J. Barozzi).

OBSERVATION XLII

Hernie inguinale gauche de la trompe et de l'ovaire

(Mencièrè. *Revue des Mal. de l'Enfance*, Juin, 1897)

Fillette de 11 ans, ayant depuis l'âge de 3 ans une hernie inguinale gauche du volume d'un œuf de pigeon. Elle porte un bandage le jour. La mère et la grand'mère sont atteintes de hernie inguinale gauche.

Quand la malade est debout, on sent à l'orifice du canal inguinal, une petite masse arrondie, pédiculée, indolore, rentrant par le décubitus dorsal : on pense à l'ovaire.

22 Mai : cure radicale : hernie de la trompe. En l'attirant on voit apparaître l'ovaire.

Réduction de ces organes sains.

Guérison après abcès de la paroi, suite de scarlatine.

OBSERVATION XLIII (*résumée*)

Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire droits

(Launay. Bulletin de la Société anatomique, 1897)

Autopsie d'un enfant de 2 mois.

A l'examen par l'abdomen, l'utérus paraît dévié, la corne droite portée en avant et à droite vers l'orifice interne du canal inguinal, dans lequel sont engagés les annexes. Le ligament large replié en cordon unit la corne utérine à une masse rougeâtre, molle, un peu aplatie, engagée à peine dans l'orifice inguinal : c'est l'ovaire. En dedans et en arrière de lui, le ligament rond enveloppé de péritoine. À gauche tout est normal, pas de canal de Nück.

Par l'extérieur, dans la région inguinale, tumeur molle se dirigeant vers la grande lèvre. Après incision, on voit sortir du canal inguinal un sac péritonéal accompagné du ligament rond. Dans ce sac l'ovaire et la trompe flexueuse se recourbant en avant de l'ovaire. L'ovaire est gros, rougeâtre et sans kyste. Trompe normale, La réduction est facile.

À gauche, pas de cul de sac péritonéal.

OBSERVATION XLIV (*resumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire prise pour une hernie du rein

(Broca. Rapport sur une hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein par M. Tailhefer (de Béziers). Bulletin de la Société de chirurgie de Paris. Tome XXX, n° 2. 19 janvier 1904).

Le 28 octobre 1903. M. Tailhefer (de Béziers) lit un mémoire sur une hernie du rein : il présente un organe qui, à l'œil nu, lui paraissait être un rein surmonté de sa capsule surrénale et qu'il avait enlevée dans une hernie inguinale étranglée.

La pièce examinée par M. Deguy (chef de laboratoire à l'hôpital des enfants malades) est reconnue être un ovaire accompagné de sa trompe, laquelle le coiffait en casque.

La hernie étranglée était survenue chez une petite fille de 5 mois.

La tumeur est formée de 2 parties réunies ensemble : l'une en forme de rein, l'autre sans aspect spécial, mais présentant quelques prolongements en forme de franges.

Ovaire : pas d'épithélium de revêtement ; substance médullaire très vascularisée, mais pas d'hémorragie interstitielle, ni de processus inflammatoires. Peu de lésions de la substance corticale : vésicules de Graaf altérés. Quelques follicules sont sains.

Partie adjacente : ligament large, trompe et tissus graisseux. Fibres musculaires du ligament large sans altérations, les vaisseaux sont dilatés.

Lésions de la trompe : pas de revêtement épithélial. Vaisseaux dilatés et hémorragies interstitielles.

Parois déchiquetées par endroits ; foyers inflammatoires par endroits. Aucun microbe.

OBSERVATION XLV (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de l'ovaire et de la trompe

(Dor. Lyon Médical, novembre 1891)

Mlle C... Père et grand père hernieux. S'est aperçue à 8 ans qu'elle était atteinte d'une petite hernie inguinale gauche et porta depuis un bandage.

Réglée à seize ans : pas de douleurs, pas d'augmentation de volume de la tumeur. La réduction est devenue impossible depuis quelques années.

Douleurs lombaires au moindre effort et dans la marche. Tumeur dure et un peu douloureuse à la pression.

M. le professeur Poncet pense à un ovaire en ectopie.

Opération : sac mince avec collet mince contenant l'ovaire de volume normal, très blanchâtre, présentant de petites cicatrices à sa surface. Le ligament se confond avec les parois du sac.

Ne pouvant réduire, on excise la trompe et l'ovaire. Cure radicale. Guérison.

L'ovaire présente 3 à 4 petits kystes du volume d'un pois et 3 petits caillots.

La trompe se termine en cul de sac à 7 ou 8^{cm} du pavillon.

OBSERVATION XLVI (*résumée*)

**Hernie inguinale gauche congénitale de l'ovaire
et de la trompe**

(Courty, cité par Puech)

Demoiselle de 26 ans, réglée à 14 ans, sans douleurs. Une tumeur de l'aîne gauche s'est révélée par de la douleur à la première menstruation.

Elle occupe le canal inguinal et son extrémité supérieure et externe plus volumineuse paraît se continuer avec un pédicule dans la cavité abdominale. Sensible au toucher : le taxis amènerait la syncope.

Augmentation du volume et de la sensibilité au moment des règles.

Toucher vaginal : hymen intact, projection du col en arrière et à droite, la corne gauche étant inclinée vers l'aîne correspondante. Les mouvements imprimés au col se transmettent à la région inguinale et amènent de la douleur de la tumeur.

Diagnostic : hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe.

OBSERVATION XLVII (*résumée*)

Hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe

(Duplay et Wiart, Bulletin de la Société anatomique, Juin 1897)

Femme de 33 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu pour hernie inguinale gauche. Pas d'antécédents héréditaires : tempérament nerveux, migraines surtout avant les règles, réglée à 12 ans. Tumeur dans l'aîne constatée à l'âge de 7 ans ; pas de cause connue. A 15 ans, après un effort de défécation, la tumeur fut très grosse et douloureuse pendant quelques jours. Un bandage gênait plutôt la malade et la compression provoquait une douleur spéciale, sensation d'étouffement. Parfois pendant quelques jours, même en dehors des règles, la tumeur devient rouge, tendue, douloureuse. Peau normale ; tumeur ovalaire d'un grand diamètre de 5^{cm} parallèle au pli de l'aîne, dure, bosselée, avec un pédicule engagé dans le canal inguinal, non douloureuse à la pression sauf à la partie supéro-externe. Matité, pas d'augmentation de volume par les efforts ou la station debout.

Opération : sac mince d'où s'échappe du liquide et contenant la trompe et l'ovaire. La trompe en bas et en arrière, enserre l'ovaire dans une courbe à concavité supérieure ; elle présente une nodosité et adhère au sac tout le long de son bord inférieur. L'ovaire paraît atrophié, non adhérent, présentant un kyste gros comme un pois.

Débridement : réduction des organes, cure radicale. Pendant trois semaines, la malade a ressenti des douleurs dans le bas ventre surtout à gauche. Elle est sortie guérie de l'hôpital.

OBSERVATION XLVIII

Hernie inguinale droite de l'ovaire et de la trompe

(Haik Sebian, Th. Paris, 1804. Service de M. Nélaton)

Une journalière de 23 ans, entre salle Denonvilliers, hôpital Saint-Louis, service de M. Nélaton, le 8 janvier 1904. Jamais de grossesse, ni de fausse couche.

La malade s'est aperçue de la hernie à 17 ans, n'ayant éprouvé aucun symptôme auparavant. Elle a porté un bandage pendant deux ans. La hernie sort le matin, devient sensible et est irréductible ; elle rentre spontanément quand la malade est dans le decubitus dorsal. Règles toutes les trois semaines, durant 4 ou 5 jours, douloureuses, la hernie devenant sensible la veille de leur apparition. Depuis un an surtout exacerbation des douleurs obligeant parfois la malade à s'aliter.

A l'examen : Hernie inguinale droite, irréductible, peu sensible, n'augmentant pas de volume quand la malade tousse. Au toucher, on ne trouve rien.

Les phénomènes douloureux mensuels font faire le diagnostic possible de hernie de l'ovaire.

A l'opération, le 13 janvier, on trouve dans le sac la trompe légèrement adhérente et l'ovaire normal. Réduction des organes. Ligature du sac. Cure radicale. Suites très simples : douze jours après, la malade eut ses règles et ne ressentit pas les souffrances endurées aux époques précédentes.

La malade a été revue le 19 mars : état actuel très bon.

OBSERVATION XLIX (*résumée*)

**Hernie inguinale double de la trompe et de l'ovaire.
Pas de vagin**

(Parker. British medical Journal, Londres, 1893)

Domestique de 21 ans, portant une double hernie inguinale depuis 7 ans. Un bandage aggrava plutôt qu'il n'améliora son affection.

Les hernies étaient irréductibles et M. Parker soupçonna qu'il s'agissait des ovaires.

Double kélotomie (12 sept. 1888); de chaque côté un sac contenant l'ovaire altéré et la trompe de Fallope. Excision des organes, la réduction ne paraissant possible par aucune méthode.

Guérison: port d'un bandage pendant 3 ans. La malade n'a jamais été menstruée; le vagin faisait complètement défaut et à la place de l'utérus on trouva un corps ovoïde de la consistance de l'utérus mais sans col.

Les hernies ovariennes étaient probablement congénitales et avaient passé inaperçues jusqu'à la puberté.

OBSERVATION L (*résumée*)

**Hernie inguinale double de l'ovaire et de la trompe.
Ni utérus, ni vagin**

(Holmes Coste. The Lancet, 1864)

Femme présentant tous les symptômes de hernie étranglée. L'ovaire et une partie de la trompe étaient contenus dans le sac. Une tumeur de même nature existait du côté droit. L'ovaire gauche fut enlevé avec une portion d'épiploon. Mort le quatrième jour.

Les deux ovaires étaient développés, la menstruation régulière; l'utérus n'existait pas et le vagin formait un canal d'un pouce et demi de long

OBSERVATION LI

Hernie inguinale droite de l'ovaire et de la trompe

(Le Nouène. Revue médicale de Normandie, 10 janvier 1903.
Service du docteur Sorel)

A... (Marie), 39 ans, journalière, jouissant d'une très bonne santé, entre le 15 janvier 1901 à l'hôpital Pasteur pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite. Cette infirmité est survenue il y a 10 ans, mais n'a guère préoccupé la malade jusqu'à ces derniers temps. Elle nous apprend seulement que la hernie, du volume d'une noix, devenait grosse comme le poing au moment des règles et restait douloureuse pendant l'époque menstruelle. Celle-ci durait 4 à 5 jours, puis la tumeur, diminuant subitement de volume, gênait si peu la malade qu'elle n'avait jamais consulté ni porté de bandage. Depuis 6 semaines cependant une douleur assez vive persistait dans la région inguinale droite et le bas ventre : elle avait déterminé cette femme à solliciter l'opération.

A l'examen, on constate une hernie inguinale droite du volume du pouce, réductible et très mobile dans le canal. La palpation de cette tumeur ne détermine aucune douleur spéciale et le toucher vaginal ne montre rien d'anormal. La paroi abdominale est bonne. Rien au cœur, ni aux poumons ; ni sucre, ni albumine dans les urines. Pas de diathèse, pas de grossesse.

Le 17 janvier, on pratique la cure radicale, et, à l'ouverture du canal inguinal, on trouve l'ovaire et plus haut la trompe. Les deux organes paraissent absolument sains, sans adhérences entre eux, ni au sac. On ne voit ni épiploon, ni intestin, et on se contente, après ligature du sac, de refaire la paroi,

Pansement antiseptique. Les suites de l'opération sont tout à fait normales. Les règles surviennent la semaine suivante et occasionnent quelques douleurs qui disparaissent avec elle. Fils enlevés le douzième jour, la malade sort trois semaines après l'opération.

OBSERVATION LII (*résumée*)

Hernie inguinale étranglée de l'ovaire et de la trompe droits

(Bilton Pollard. The Lancet, 27 juillet 1889)

Enfant de 3 mois portant depuis 1 mois au pli de l'aîne une petite tumeur non constante et ayant des dimensions différentes à chaque apparition.

Un bandage est appliqué le 19 mars 1889 et enlevé le 27 : la tumeur est devenue irréductible.

Vomissements à cette date ; selle le 30 ; entrée à l'hôpital le 30 mars 1889.

A l'anneau externe droit, tumeur du volume d'un œuf de pigeon descendant dans la grande lèvre. Peau rouge, chaude, rénitente, matité et fluctuation légère.

Diagnostic : hernie étranglée de l'ovaire. Opération : tissus œdématiés et hémorragiques. Dans le sac : l'ovaire et la portion frangée de la trompe de Fallope, très enflammés, noirâtres et adhérents. Ligature du pédicule et excision. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION LIII (*résumée*)

Hernie inguinale gauche étranglée de la trompe et de l'ovaire

(Manega. Riforma Medica, Naples 1893)

Enfant de 4 mois, portant depuis 4 jours dans l'aîne gauche, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse et irréductible.

Augmentation progressive de la tumeur, cris. Ni vomissements, ni arrêt des matières.

Peau rouge et œdémateuse ; pas de fluctuation ni de gargouillements.

Diagnostic : hernie épiploïque étranglée. Glace et tentatives infructueuses de réduction. Opération : dans le sac, ovaire enflammé et trompe adhérente à la paroi inférieure. Excision. Guérison.

Hémorragie parenchymateuse dans l'ovaire.

OBSERVATION LIV (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de la trompe et de l'ovaire.

Etranglement

(Lentz, Gazette médicale de Strasbourg 1881. Annales de Tocologie 1881)

Petite fille de 6 mois. A l'âge de 3 mois, apparition d'une tumeur grosse comme une noix dans la région inguinale gauche. Réduction de la tumeur.

Vers le 12 mars 1881, réapparition de la tumeur qui est irréductible : cris, vomissements, constipation, mais selles.

Au 28 mars, peau rouge et enflammée à l'aîne gauche, tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, rénitente, douloureuse, irréductible, correspondant à l'anneau inguinal externe. Vomissements, mais selles.

Diagnostic : hernie de l'ovaire.

Opération : sac noirâtre, gros comme un œuf de pigeon laissant écouler un liquide incolore. A l'intérieur on aperçoit à l'orifice externe du canal inguinal une tumeur du volume d'une petite prune, rouge foncée, congestionnée, se continuant à travers le collet par un pédicule fortement serré. C'est l'ovaire flanqué d'un morceau de trompe de 1 cent. 1/2 se terminant dans le pavillon. Ligature du pédicule, résection des deux organes. Désinfection, pas de réunion, pansement antiseptique. Guérison.

OBSERVATION LV (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de la trompe et de l'ovaire

(Lucas Championnière. Thèse de Boudaille, Paris, 1891)

Femme de 52 ans, journalière, portant une hernie inguinale double depuis l'âge de 20 ans. Bandage.

La hernie droite est opérée le 30 août 1887.

La hernie gauche est survenue en 1869 à la suite d'un effort. Au 6 février 1888, on trouve au dessous du pli inguinal une tumeur molle, réductible, non douloureuse, devenant du volume d'un œuf de pigeon par les efforts de toux.

Opération (14 février) : le ligament rond est intimement accolé à la paroi postérieure du sac et la trompe unie avec le péritoine forme cette paroi du sac.

En attirant le pavillon de la trompe, on voit venir l'ovaire atrophie et réduit de volume.

Ligature des pédicules de ces organes et résection du sac.

Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION LVI

Hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe

(Haik Sebian. Th. Paris, 1904. Service de M. L. Championnière)

Françoise M. ., 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe en mars 1903. Quelques mois après son accouchement datant de 2 ans, elle remarqua une tumeur de l'aîne. Cette tumeur du volume d'un œuf de poule très sensible, gênant la flexion de la cuisse sur le bassin, s'accompagnant de douleurs abdominales, mais surtout sensible au moment des règles, détermine le diagnostic de hernie de l'ovaire (M. Michon).

Opération le 28 mars 1903 : à l'ouverture du sac, issue d'un liquide clair ; le doigt introduit dans le trajet ramène l'ovaire kystique et la trompe dont on reconnaît le pavillon ; celle-ci est épaissie, flexueuse, boursouflée, augmentée de volume.

On résèque toutes les annexes. Cure radicale. La trompe sectionnée montre la muqueuse épaissie, recouverte d'un dépôt muco-purulent.

Suites très simples. La malade quitte l'hôpital 20 jours après parfaitement guérie.

OBSERVATION LVII (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'ovaire et de la trompe

(Holst et Filling. St-Petersbourg med. Wochens. 1883)

Femme de 38 ans, mère de 3 enfants.

Tumeur de la région inguinale droite, apparue après le 3^e accouchement et non réapparue depuis plusieurs années après réduction.

Après un 4^e accouchement normal, la tumeur reparait plus dure et irréductible, du volume d'une tête de fœtus. Matité. Douleurs vives. Pas d'absence de selles.

Diagnostic : hernie ancienne étranglée.

Opération : sac très épais, contenant un liquide citrin et au

fond l'ovaire et la trompe très adhérents. Excision du sac et de son contenu.

Guérison.

OBSERVATION LVIII (*résumée*)

**Hernie inguinale gauche de l'ovaire, de la trompe
et de l'épiploon**

(Manega Riforma Medica, Naples 1894)

Femme de 30 ans, réglée à 11 ans, toujours régulièrement ; six accouchements normaux.

Depuis la quatrième grossesse, il y a quatre ans, apparition au pli de l'aîne gauche d'une petite tumeur dure, indolente à la pression, réductible dans la position horizontale. Accroissement jusqu'au volume d'une pomme et bientôt réductibilité incomplète. Douleurs au moment des règles. Disparition de la tumeur au cours de deux grossesses ; elle reparait après chaque accouchement.

Après le dernier accouchement, il y a 17 mois, contusion au niveau de la hernie amenant une tuméfaction douloureuse. Les douleurs persistent.

Les règles ont disparu depuis 5 mois. L'abdomen est refoulé en avant par le développement de l'utérus qui arrive à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Dans la région inguinale gauche, tumeur du volume d'une pomme, se continuant dans l'abdomen par un pédicule. Douleurs à la pression. Réduction partielle possible. Matité. Peau saine. Par le toucher vaginal, on sent l'utérus dévié à gauche ; les mouvements imprimés à cet organe sont transmis à la tumeur.

Diagnostic : hernie de l'ovaire.

Opération : dans le sac, un peu d'épiploon, une partie de la trompe et de l'ovaire sains.

Les adhérences de la trompe rompues, on réduit le tout dans l'abdomen. Guérison.

OBSERVATION LIX (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de la trompe et de l'ovaire.

Salpingite

(Guinard et Dedefoy, Bulletin Société anatomique, janvier 1893)

Femme de 24 ans, robuste, réglée à 16 ans. Pertes abondantes (8 jours) avec phénomènes nerveux.

En 1889, accouchement au forceps. Au bout de trois semaines, apparition sans cause apparente dans la région inguinale gauche d'une tuméfaction douloureuse qui depuis, a augmenté en devenant de plus en plus sensible. Depuis l'accouchement, écoulement séro-purulent par le vagin et règles beaucoup moins abondantes (3 jours).

Peau normale, à la région inguinale gauche, tumeur douloureuse. On trouve dans le canal inguinal une autre tumeur unie à la première, douloureuse, sortant du canal dans les efforts de toux et donnant la sensation qu'on a en explorant chez l'homme un testicule retenu en haut du canal inguinal.

Diagnostic de hernie de la trompe et de l'ovaire.

Kélotomie, le 27 janvier 1893 : on tombe sur une masse très saignante, allongée en boudin, très adhérente au sac. Par le canal, on reconnaît au doigt la corne utérine gauche. Section du pédicule qui relie la tumeur à l'utérus. Extirpation de l'ovaire après suture du pédicule. Cure radicale.

Ovaire volumineux. Salpingite parenchymateuse avec trois abcès séparés l'un de l'autre. Guérison.

HERNIES DE L'UTÉRUS

OBSERVATION LX (*résumée*)

Hernie inguinale de l'utérus et de deux ovaires

(Defontaine, Archives provinciales de chirurgie, 1895)

Fillette de 7 mois, porte, depuis l'âge de deux mois, une tumeur de la grande lèvre gauche qui ne s'est jamais accrue. Cris incessants de la malade sans variation de volume de la tumeur. La tumeur piriforme a sa grosse extrémité, du volume du pouce, dans la grande lèvre gauche et la petite extrémité, du volume du petit doigt, dirigée vers l'orifice inguinal correspondant. Elle est irréductible, fluctuante, mais on sent des masses bosselées dont l'une du volume d'un testicule d'enfant.

Opération (8 mars 1895) : à l'ouverture du sac, issue de liquide et apparition de tout l'appareil utéro-ovarien ; les annexes sont herniées avec l'utérus. On reconnaît le col par palpation à travers la paroi péritoneo-vaginale du cul de sac postérieur. Elargissement de l'anneau inguinal par divulsion permettant la réduction des organes en commençant par l'utérus.

Cure radicale. Guérison.

L'enfant ne crie plus après l'opération.

OBSERVATION LXI (*résumée*)

Hernie inguinale gauche de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus

(Legueu, Bulletin de la Société anatomique, 1897)

Femme de 18 ans, portant à la région inguinale gauche une hernie réductible du volume d'une orange. Cette hernie, probablement congénitale, contenait des masses irrégulières en partie irréductibles prises pour de l'épiploon.

Vulve normale. Au toucher, pas trace de col utérin. La malade, jamais réglée, n'a jamais présenté de symptômes de fonction ovarienne troublée. Par l'exploration bimanuelle, on ne trouve pas d'utérus.

A l'opération, on trouve dans le sac herniaire tous les organes génitaux : utérus long de deux centimètres, ovaire et trompe droits, trompe gauche atrophiée et les deux ligaments larges ; pas d'ovaire gauche. Réduction de tous ces organes et cure radicale de la hernie.

OBSERVATION LXII (*résumée*)

Hernie inguinale congénitale de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire gauches

(Florian Krug-American Journal of obstetrics, New-York, juin 1890)

Jeune fille de 18 ans, anémique, sans antécédents pathologiques. Réglée à 16 ans, très irrégulièrement.

Elle a toujours eu à l'aîne gauche une tumeur douloureuse depuis quelques mois et augmentant de volume.

Toucher vaginal : hymen intact, col derrière la symphyse, transmettant à la tumeur les mouvements qu'on lui imprime. La tumeur comprend deux parties, l'une large et piriforme qu'on reconnaît être l'utérus (examen bimanuel) ; l'autre, grosse comme une châtaigne, irréductible, l'ovaire avec la trompe.

Cure radicale : l'utérus est facile à réduire, mais l'ovaire et la trompe très adhérents sont enlevés avec le sac après ligature au niveau du collet.

Mort le cinquième jour avec élévation de température inexplicable et sans lésion apparente.

Autopsie : anémie des tissus, cœur dilaté et flasque, rétrécissement des vaisseaux. Probablement mort par action de l'éther sur le myocarde dégénéré. Les ligaments de l'utérus ont une longueur exagérée, sont sinueux et repliés sur la face postérieure. La trompe et l'ovaire droits sont adhérents au côté gauche de l'utérus.

OBSERVATION LXIII (*résumée*)

Hernie inguinale gauche étranglée (ovaire, trompe et utérus)

(Ant. Ogé. Thèse Doctorat, Paris, 1900)

Femme de 71 ans, entrée le 8 février 1899 dans le service du Dr Le Bail, hôpital du Mans, avec le diagnostic de hernie étranglée (vomissements et coliques violentes).

Depuis 10 ans la malade constate dans le pli de l'aîne gauche une grosseur qui rentrait facilement et n'était pas douloureuse. Pas de bandage. La tumeur, du volume d'une mandarine, est dure, tendue, irréductible, sonore en avant et en haut, mate à sa partie inférieure. Elle présente un pédiculé situé au-dessus de l'arcade de Fallope et descendant dans la grande lèvre. Ni gaz, ni matières depuis 24 heures.

Diagnostic de hernie étranglée de l'intestin et de l'épiploon.

Opération : à l'ouverture du sac, on trouve une anse grêle congestionnée, mais en bon état qui se réduit après débridement. On voit alors dans la partie inféro-interne du sac une masse lisse et rosée de l'angle antérieur de laquelle se détache un cordon très mince dont l'extrémité opposée se perd dans les parois du sac ; en avant de ce cordon et y adhérent, un petit corps ovoïde, blanchâtre accolé au sac : on reconnaît l'utérus et les annexes gauches atrophiées. L'utérus en antéflexion est presque coudé à angle droit et entouré du péritoine. Ligature à la base de la trompe et du ligament de l'ovaire, réduction de l'utérus. Cure radicale de la hernie. Guérison.

La malade avait eu 3 grossesses, réglée à 15 ans la ménopause était survenue à 50 ans. 10 ans après environ, en soulevant un lourd fardeau, elle avait ressenti une déchirure dans l'aîne et constaté une grosseur dans cette région.

OBSERVATION LXIV (*résumée*)

Hernie inguinale gauche traumatique : ovaire puis utérus Avortements

(Scanzonis. Beitræge zur Geburtsk und Gynæk, Wurtzburg, 1870)

Femme de 21 ans, ayant eu une petite hernie à la suite d'un effort, un mois après ses couches. 4 ans après, au moment des règles, la tumeur grosse comme le poing est surmontée d'un noyau dur et sensible à la pression.

Vagin dévié à gauche et relâché par le soulèvement de la tumeur. Une sonde introduite par le col pénètre jusqu'au fond de celle-ci.

Deux ans après, nouvel accroissement : mariage, grossesse, avortement à 2 mois avec diminution subite de la masse herniaire grosse comme 2 poings.

8 mois après, nouvelle grossesse : tumeur fatigante par son poids, siège de violentes douleurs.

A 4 ou 5 mois, souffle utérin, mais pas de bruit de cœur fœtal. A 5 mois, douleurs intolérables. Avortement provoqué par injection d'eau chaude : fœtus mort de 26 millimètres. Délivrance spontanée. Diminution rapide de volume de la tumeur sous l'action de l'ergot de seigle. La tumeur n'a plus que 9 centimètres de longueur.

OBSERVATION LXV (*résumée*)

Hernie inguinale double des ovaires, des trompes et de cornes utérines rudimentaires

(Werth. Arch. für Gynæk., t. XII, p. 132)

Jeune fille, 22 ans, présentant de l'infantilisme : seins petits et plats, ni utérus, ni annexes.

Violentes douleurs dans les aines où on trouve de chaque côté un corps du volume d'un œuf de pigeon et comparable au testicule par sa sensibilité. En arrière du pôle supérieur correspondant à l'anneau inguinal, appendice à bord tranchant très analogue à l'épididyme par la forme et la consistance.

Les douleurs cessent au bout d'une semaine et les corps herniés sont moins volumineux.

La malade s'est aperçue de ses hernies à 14 ans et les douleurs reviennent à chaque période menstruelle.

Esmarck pratique l'extirpation des ovaires. Il trouve deux ovaires normaux flanqués de la trompe et d'un organe charnu, corne correspondante d'un utérus bicorne embryonnaire. A gauche, une des franges de la trompe porte une volumineuse hydatide de Morgagni.

Les 2 ovaires ont fonctionné et portent des cicatrices.

OBSERVATION LXVI (*résumée*)

Hernie inguinale des organes génitaux rudimentaires

(Léopold. — Archives de Gynækologie 1879)

Femme de 28 ans, nerveuse. Depuis l'âge de 14 ans, molimen menstruel très régulier se traduisant par des douleurs vives au niveau de la tumeur inguinale gauche qui augmentait de

volume et revenait à son volume normal à la fin de la période.

Mariée à 20 ans : dilatation du vagin terminé en cul de sac, Pas d'utérus.

Au moment des règles, congestion de la face, épistaxis accompagné de rigidité, claquements de dents, convulsions et spasme tétanique, sueurs profuses du bras et de la main droite. Gonflement de la face, muqueuses injectées.

Tumeur plus large, plus proéminente, très douloureuse au toucher. Phénomènes durant 5 jours.

Opération : ablation de la tumeur.

La tumeur est formée par le fond de l'utérus peu volumineux. Du pôle externe naît la trompe de Fallope et de l'interne le ligament rond. Pas de trace de col ou de portion vaginale de l'utérus.

Réséction de l'ovaire et de la trompe. On constate alors que l'utérus est bicorne. Réséction de la corne gauche.

La période menstruelle se passa depuis lors sans accidents et les phénomènes nerveux disparurent.

OBSERVATION LXVII

Hernie inguinale de l'ovaire, de la trompe et d'une corne utérine rudimentaire

(Carlo Nassi, *Clinica chirurgica*, 31 juillet 1897, n° 7, p. 295, in *Revue de Gynécologie de Pozzi*, t. 2, p. 375)

Il s'agit d'une femme de 36 ans, présentant depuis son enfance dans l'aîne droite une petite tumeur indolente qui diminuait de volume dans la position couchée ; puis, cette tumeur augmenta de volume, ne variant plus dans la position horizontale ; elle devint douloureuse, irréductible, s'accompagna de troubles gastro-intestinaux.

L'examen physique révèle que cette tumeur est située au-dessus du ligament de Fallope dont elle occupe le tiers interne ; elle est ovoïde, du volume d'une grosse noix ; son diamètre maximum est de sept centimètres, son minimum de cinq centimètres ; elle est dans la direction du ligament lui-même ; son volume augmente dans la position debout et dans les efforts de toux. Indolente au toucher et de consistance élastique, elle présente pourtant un noyau dur, très douloureux, gros comme

une noisette. A la pression, la portion élastique fuit sous le doigt et se réduit sans bruit de gargouillement ; la partie dure ne subit aucune modification. Etat général bon ; règles normales ; la malade se refuse au toucher vaginal. On porta le diagnostic de hernie inguinale droite, en partie réductible, la partie irréductible étant constituée par l'ovaire.

L'opération montra que le contenu du sac était constitué par l'ovaire et sa trompe et par une corne d'utérus rudimentaire formant le noyau dur. Elle consista dans l'extirpation de ces viscères, dans l'excision du sac péritonéal, dans les sutures musculaires et aponévrotiques.

La corne utérine avait le volume et la forme d'une amande ; elle ne contenait pas de cavité ni d'orifice. Le canal de la trompe était ouvert jusqu'à son point de jonction avec la corne utérine. L'ovaire était petit et présentait comme la trompe de nombreux petits kystes. Au microscope, la corne était formée de fibres musculaires lisses dirigées dans tous les sens, et contenait de nombreux espaces vasculaires. La lumière de la trompe était étroite et sa muqueuse ne présentait aucun repli physiologique ; elle était tapissée d'un épithélium stratifié ; l'étage le plus interne était formé de cellules cylindriques sans cils vibratils ; les autres cellules des étages épithéliaux étaient cylindriques, cubiques et enfin rondes. Au-dessus de la muqueuse était une couche épaisse de fibres musculaires lisses. La structure de l'ovaire était à peu près normale.

Les suites de l'opération furent normales et la malade fut complètement guérie.

Pendant le sommeil chloroformique, on avait fait le toucher vaginal, rendu difficile par la présence de l'hymen ; on constata que le corps de l'utérus était atrophié et en position normale, on put sentir les annexes de gauche.

OBSERVATION LXVIII

Hernie inguinale droite de l'utérus, des trompes et des ovaires

(Le Nouène, Revue médicale de Normandie, 10 janvier 1903.

Service du Dr Sorel)

B. . (Adolphine), 35 ans, journalière, est transportée le 16 avril 1902, à 5 heures du soir, à l'hôpital Pasteur, avec le

diagnostic de hernie étranglée. Cette femme, réglée à 13 ans, l'a toujours été normalement jusque il y a 2 ans. A cette époque, elle a eu des métrorragies qui ont duré 18 mois. Depuis le mois de septembre, les règles viennent une fois par mois et durant 5 à 6 jours, quelquefois plus d'une semaine. Pas d'enfant, pas de fausse couche.

Cette femme a toujours comme une grosseur dans le pli de l'aîne droite. La tumeur, du volume d'un œuf de poule, augmente et diminue de dimensions, mais ne disparaît jamais. La miction est normale.

Le 10 avril, la tumeur inguinale est devenue dure, douloureuse et la malade s'est alitée. Elle n'avait ni vomissements, ni arrêt des selles, ni des gaz, et n'a demandé un médecin que sept jours après le début des accidents. Elle entre à l'hôpital le soir de ce même jour après avoir eu un vomissement. On constate dans la région inguinale droite une tuméfaction comme un œuf de poule, mate, dure, douloureuse à la pression, irréductible. Pas de signe d'occlusion intestinale, température de 37° 8.

A 8 heures du soir, le Dr Sorel procède à la kélotomie. A l'incision de la peau, il trouve une tumeur tendue à parois épaisses, sans sac, sans pédicule apparent. Il faut continuer l'ouverture par en haut et ouvrir largement la cavité abdominale. La tumeur siège sous le péritoine. En le disséquant, on arrive sur un pédicule qui adhère à une autre tumeur lisse ayant bien la forme de l'utérus. Il est manifeste que la première masse rencontrée est formée par la trompe. Cette tumeur se rompt au moment où on l'isole de l'utérus et il s'écoule un liquide purulent sur les compresses. On met une ligature sur le pédicule de cette poche et on l'enlève. Il faut agrandir l'incision pour suivre l'utérus et on sent alors le doigt d'un aide qui pratique le toucher vaginal. Une sonde, introduite dans la vessie, est perçue derrière le pubis. On trouve, adhérente à l'utérus, une autre poche que l'on dissèque et qui conduit à la corne gauche. Cette tumeur, du volume d'une noix, se rompt aussi et il s'écoule un peu de liquide louche. On place une ligature et on extirpe cette poche qui est la trompe gauche méconnaissable.

L'utérus, redevenu bien mobile, est alors réduit.

L'opération tout entière a été exécutée sans qu'on ait vu l'anse intestinale. On ferme la paroi en un plan au crin de Florence passé en 8 et on met un drain.

Les suites opératoires sont simples. Le drain est enlevé le troisième jour, et les fils les dixième et treizième jours. Il y a seulement un peu de rougeur sur la peau. La malade a pourtant une température qui oscille entre 38° et 38°5.

Après l'ablation des fils, il sort un peu de pus par la partie supérieure de la plaie.

Le quinzième jour, l'opérée va très bien. Elle sort guérie le 23 mai.

OBSERVATION LXIX (*résumée*)

Hernie de l'utérus

(Daniel Sennert, *Medica practica*, lib. IV, sect. 2. Chap. XVII, p. 654.

Cité par Verdier).

Femme d'un tonnelier, ayant reçu au commencement de sa grossesse un coup de perche à l'aîne gauche. Peu de jours après, une hernie se montra sur ce point : elle était formée par l'utérus. La grossesse arriva à son terme. On fit alors l'opération césarienne : l'enfant vécut neuf ans, la femme mourut subitement le vingtième jour sans que l'autopsie ait pu expliquer la mort.

OBSERVATION LXX (*résumée*)

Hernie de l'utérus

(Michel Döring. Lettre à Fabrice de Hilden. *Œuvres de Hilden*, page 833, 1646)

Femme atteinte à sa dernière grossesse d'une hernie de l'utérus, probablement inguinale.

Opération césarienne : Mort de l'enfant au bout de quelques mois et de la mère trois jours après.

OBSERVATION LXXI (*résumée*)

Hernie inguinale de l'utérus

(Saxtorph. Bibliothèque médicale. LXXI, p. 59)

Femme portant depuis quelques années une tumeur de la région inguinale. Pendant une cinquième grossesse, la tumeur grossit peu à peu. Accouchement naturel, diminution de volume de la tumeur qui fait toujours saillie sous les tégu-ments.

OBSERVATION LXXII (*résumée*)

Hernie inguinale droite de l'utérus

(Th. Fischer. Annales de la chirurgie française et étrangère,
t. V, p. 249, 1842)

Femme de 44 ans, ayant 7 enfants, souffrait beaucoup à chaque grossesse d'une hernie inguinale droite volumineuse qu'elle portait depuis dix ans avant son mariage.

L'utérus s'engagea sur la fin d'une huitième grossesse, à travers l'anneau inguinal, dans le col herniaire : le travail ayant commencé et amené la rupture de la poche des eaux, sans pouvoir se terminer, l'opération césarienne fut pratiquée. La malade mourut le quatrième jour et l'enfant vécut.

OBSERVATION LXXIII

Hernie inguinale gauche de l'utérus

(Ledesma (de Salamanque) Gazette médicale p. 175, 1840)

La nommée R..., âgée de 24 ans, ayant eu 6 enfants, portait depuis quelques temps avant son mariage une entérocèle inguinale droite.

Au troisième mois d'une septième grossesse, elle sentit tout à coup un tiraillement incommode du côté gauche du bassin. La tumeur qu'elle observait déjà dans le bas ventre disparut et elle rendit du sang par le vagin. Sa main portée sur la hernie inguinale y rencontra un corps dur, insolite et douloureux à la pression.

Elle essaya plusieurs fois la réduction sans succès. Sept semaines après, elle y sentit des mouvements ; le médecin appelé

constata en bas et à droite du ventre une tumeur descendant sur la cuisse de ce côté, tombant sur le pubis et allant même jusqu'à la cuisse gauche. Cette tumeur offrait 52 cent. de largeur, 66 cent de circonférence au milieu et 60 cent. à sa jonction avec l'abdomen. Plusieurs tentatives de réduction furent pratiquées sans succès. Au huitième mois, des douleurs se manifestèrent : on pratiqua l'hystérotomie.

Après la délivrance, la réduction fut encore impossible : l'utérus fut laissé à l'extérieur.

La mère et l'enfant furent sauvés.

OBSERVATION LXXIV

Hernie inguinale droite de l'utérus

(Eisenhart, service de M. Winckel. Munich) cité dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin, t. 2, sect. VIII, chap. 6, 1886

Femme de 36 ans, ayant eu 7 accouchements normaux et une fausse couche de 6 mois.

Lors du premier accouchement, il y a 45 ans, elle remarqua une double hernie inguinale surtout volumineuse à droite : un bandage les maintint réduites.

Il y a 8 à 9 semaines, en appelant sa famille pour le repas, elle constata une augmentation soudaine de la hernie droite, devenue du volume d'un citron. Des tentatives de taxis furent infructueuses. Depuis cette époque la malade ne perçut plus les mouvements du fœtus. La tumeur augmenta sans cesse causant de vives douleurs à la malade.

A l'examen : à gauche l'orifice externe du canal inguinal laisse facilement pénétrer deux doigts. Dans la station debout et dans la marche, vives douleurs dans la moitié droite de l'abdomen et dans la tumeur de droite. Cette tumeur qui commence au niveau de la région inguinale droite descend jusqu'au milieu de la cuisse ; elle est oblique de haut en bas et de droite à gauche, mesurant 31 c. de longueur et 34 c. de circonf. Au niveau de sa partie inférieure, dilatations veineuses sous-cutanées. Légers mouvements pendant l'inspiration et l'expiration. En haut elle remonte jusqu'à une ligne qui commence à l'épine iliaque antérieure et supérieure et passe à 7 cent. au-dessous de l'ombilic ; à droite sa base arrive jusqu'à 5 c. 1/2 de l'épine

antérieure et supérieure ; à gauche elle parvient jusqu'à la symphyse pubienne. On sent nettement à droite les anses intestinales.

A la surface de la tumeur, au niveau de son angle droit, on trouve un cordon qui s'élargit et doit être le ligament large ; on sent l'ovaire droit qu'on peut soulever. Dans la tumeur, au voisinage de sa base, on distingue facilement la petite tête du fœtus qu'on repousse ; à droite tout le long de la tumeur de sa base à son sommet, on entend un bruit de souffle utérin.

L'orifice de l'urèthre, en position normale, n'est pas tirailé : le cathéter pénètre facilement dans sa direction habituelle.

Le col se trouve à 2 ou 3 cent. au-dessus de l'épine ischiatique droite et se continue avec la tumeur qui remplit le sac. En partant du col, vers la gauche, on suit une bande tendue dans laquelle se trouve une masse plus volumineuse, plus molle, plus dépressible : c'est la corne gauche de l'utérus.

Il s'agissait d'un utérus bicorne, dont la corne droite gravide faisait hernie.

Essais de taxis sous chloroforme : résultat négatif.

On essaya l'avortement : dilatation du col, on rompt les membranes de l'œuf avec une sonde, l'avortement n'eut pas lieu.

Le fœtus étant mort, pour éviter des complications, on résolut de faire la laparo-hystérotomie et d'enlever la corne gravide de l'utérus.

Cette opération fut suivie de succès.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies de l'ovaire sont congénitales ou accidentelles. Les hernies congénitales, plus souvent inguinales gauches, sont dues à la persistance du canal de Nüek et à une descente exagérée des ovaires. Elles sont favorisées par les malformations utérines (utérus rudimentaire, bicorne, etc.).

Les hernies accidentelles se produisent par traumatismes, efforts, etc.

Les hernies de l'ovaire peuvent être crurales, ombilicales, ischiatiques, obturatrices, ovalaires, les quatre dernières formes étant rares.

Les lésions de l'ovaire hernié sont fréquentes (congestion, inflammation, kystes, cancers, tuberculose, etc.).

Les symptômes de ces hernies sont peu probants. On s'appuie surtout sur la douleur et l'augmentation de volume au moment des règles, la déviation de l'utérus du côté de la hernie.

Le diagnostic est rarement posé vu les difficultés qu'on rencontre.

II. — Les hernies de la trompe sont plutôt crurales grâce à la situation de l'organe voisin de l'anneau crural. Elles sont plus souvent traumatiques. On trouve aussi des hernies inguinales congénitales. On a cité des hernies ischiatiques et obturatrices.

Le diagnostic est à peu près impossible, cette hernie

manquant de signes pathognomoniques : seule la déviation de l'utérus coïncidant avec la présence de l'ovaire dans l'abdomen est probante dans certains cas.

La hernie peut se compliquer d'inflammation, suppuration, kyste de l'organe.

III. — Les hernies de la trompe et de l'ovaire plus souvent congénitales, sont la plupart du temps inguinales. L'étiologie est la même que pour les hernies précédentes.

Le diagnostic, très difficile, se base sur les signes que nous avons déjà rencontrés pour l'ovaire ou la trompe seuls.

Les complications sont celles des hernies de la trompe ou de l'ovaire isolés.

IV. — Les hernies de l'utérus peu connues, sont souvent des hernies d'organes rudimentaires ou de cornes d'utérus bicorne. Elles se produisent en général par entraînement de l'organe dans la hernie par les annexes primitivement herniées. On trouve des hernies de l'utérus gravide à la suite de nombreuses grossesses. Il y a eu relâchement des ligaments de l'organe. On les rencontre aussi chez des femmes âgées.

Le diagnostic se fait par le fait qu'on ne trouve pas l'utérus dans le bassin, par le tiraillement du vagin du côté de la hernie.

Dans l'utérus gravide, on peut sentir la tête, entendre le souffle utérin et on se base sur l'examen obstétrical de la malade et l'absence de globe utérin dans l'abdomen.

V. — Le traitement de choix est l'opération avec

réduction des organes s'ils sont sains et ablation s'ils présentent des lésions.

L'intervention est indispensable dans les cas d'étranglement ou de troubles graves dans l'état de la malade.

Pour les hernies de l'utérus gravide : réduction par le taxis au début de la grossesse, si possible, avortement si on craint des complications, opération césarienne pour la grossesse à terme.

Le Président de la Thèse.

JABOULAY.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 novembre 1904.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- DÖRING. — De herniæ uterinæ atque hanc justo tempore subsequentis partu Cesarei historia. Vitembr., 1612.
- FABRICE DE HILDEN (Œuvres de). — Lettre de Michel Döring, 1646 (Hernies de l'utérus).
- SWAMMERDAM. — Miraculum naturæ sive uteri mulieris fabrica, 1672.
- LOUIS LÉGER DE GOUÉY. — La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison. Rouen, 1716.
- HALLER. — Disputationes chirurgicæ. Lettre de 1750, Papen de Gottingue (Hernie de l'ovaire).
- BALIN. — Art de guérir les hernies, p. 150, 1768.
- PERCIVAL POTT. — Œuvres chirurgicales, p. 192, tome I, 1777 (Hernies de l'ovaire).
- ONÉIDES. — De hernia uteri (Leyde), 1780.
- LASSUS. — Pathologie chirurgicale, t. II, p. 499, 1809; Médecine opératoire, p. 211, an III (Hernie de l'ovaire).
- MURAT. — Recherches sur les hernies de l'ovaire (Dict. en 60 volumes), Paris, 1813.
- DENEUX. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire, 1813.
- LALLEMENT. — Bulletin de la Faculté de médecine de Paris, t. I, p. 1, 1815 (Hernie de l'utérus).
- BILLIARD. — Traité des maladies des enfants, Paris, 1837.
- LEDESMA. — Gazette médicale de Paris, p. 175, 1840, et Journal de la Société de médecine de Montpellier, t. I, p. 441 (Hernie de l'utérus gravide).

- VERDIER. — Traité des hernies, p. 394, 1841.
- VELPEAU. — Dict. de médecine, t. XXX, p. 560, 1840, (Article ovaire, Hernie de l'ovaire).
- TH. FISCHER. — Annales de la chirurgie française et étrangère, t. V, p. 249, Paris, 1842 (Hernie de l'utérus gravide),
- DÉSORMAUX ET DUBOIS. — Répertoire général des sciences médicales, t. XXX, p. 331, 1846 (Hernie de l'utérus).
- NEBOUX. — Archives générales de médecine, 1846.
- OLDHAM. — The London médical gazette, 1847 Des Hernies de l'ovaire).
- MALGAIGNE. — Leçons cliniques sur les hernies, 1848.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. I, 1849.
- MAISONNEUVE. — Thèse de professorat, 1850.
- MOREL LAVALLÉE. — Société de chirurgie, 1851 (Hernie de l'ovaire).
- GUERSANT. — Gazette des Hopitaux, p. 241, 1851 (Hernie de l'ovaire).
- WIDERSTEIN. — Gazette hebdomadaire de médecine, p. 79, 1853 (Hernie de l'ovaire).
- BALLEY. — Thèse de doctorat, Paris, 1854.
- DOLBEAU. — Bulletin, Société anatomie, 1854.
- NELATON. — Pathologie externe, t. IV, p. 440, 1857.
- LIPTHAY. — Oester Zeitsch, für praktische Heilkund, 14 août 1857 (Symptômes des hernies de l'ovaire).
- LÉOTAUD. — The Lancet, 1859 (Un cas de hernie de l'utérus gravide).
- MURRAY. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, p. 654 (Un cas de hernie de l'utérus gravide, 1859).

- REKTORZICK. — Monatsch für Geburtisk, t. XVI, p. 475, 1860 (Un cas de hernie de l'ovaire et d'une trompe gravide).
- MEADOWS. — Transaction of the Obstetrical society, of London for the year, t. II, p. 438, 1861 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- HOLMES COSTE. — The Lancet, 1865 (Etranglement des hernies de l'ovaire).
- CAZATI. — British Médical Journal, t. I, p. 230 et Gazette médicale de janvier, 1866.
- CAZEAUX. — Mémoire de la société de biologie de Paris, 1866 et Gazette médicale de Paris, 1866 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- LOPER. — Monatschrift für Geburtskunde, t. XXVII, p. 453, 1866 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- ETTINGEN. — Saint-Pétersbourg Zeitschrift, 1868.
- LOUMAIGNE. — Thèse de Doctorat, Paris, 1869 (Hernies de l'ovaire).
- SCANZONI. — Beitrage für Geburtskund Gynœk, t. VII (Hernie de l'utérus, 1870).
- FRANK HAMILTON ET TERRY. — Bellevue Hospital Reports, p. 159, 1870 (Hernies de l'ovaire).
- BALLUE. — Thèse de Doctorat. Paris, 1870 (Des erreurs possibles sur le diagnostic des hernies).
- E. BOURDON. — Bulletin Société anatomie de Paris, 1871 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- ENGLISCH. — Oesterreich médical yahrbuch Wien, 1871 (Hernies de l'ovaire).
- EDM. OWEN. — British médical Journal, n° 676, 1873 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- WIBAILLE. — Thèse de Paris, 1874 (Hernie de l'ovaire).

- BEIGEL. — Die Krankheiten des Weiblichen Geschlechtes, 1874 (Hernies de l'ovaire).
- SONNENBURG. — Revue des sciences médicales, 1876.
- RHEISTADTER. — Centralblatt für Gynæk, 1877.
- J. MAKEIG. — British Medical Journal, 1877.
- CAZEAUX et TARNIER. — Traité d'accouchement, 8^e édition, p. 730, 1878.
- PUECH. — Annales de gynécologie, nov. 1878, juin 1879 (Hernies inguinales de l'ovaire).
- HOUZÉ. — Annales de gynécologie, 1879 (Hernies de l'ovaire dans l'antiquité).
- LÉOPOLD. — Arch. für Gynæk, 1879 (Hernies de l'ovaire et anomalies de l'utérus).
- LORINSER. — Wien Med. Wochenschrift, 1880.
- CHAMBERS. — Société Obstetric. Londres 1880 (Hernies doubles de l'ovaire).
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, p. 570, 1881 (Hernies de l'ovaire et de l'utérus).
- BARNES. — Société de médecine et de chirurgie de Londres, 1882. Annales de gynécologie de Paris, 1883 (Physiologie de l'ovaire hernié).
- G. LANGTON. — St Barth Hospital Reports. Londres, p. 99-205, 1882 (Hernies de l'ovaire chez les enfants).
- LENTZ. — Gazette médicale de Strasbourg, 1882 (Hernie utérine primitive).
- DURET. — Thèse d'agrégation, Paris, 1883 (Des variétés rares de hernies inguinales).
- SCHULTZE. — Traité des déviations utérines, p. 407, 1884.

- LAWSON TAIT. — Maladies des ovaires, 1886.
- BEURNIER. — Thèse de Doctorat, Paris, 1886 (Anatomie et Physiologie du ligament rond).
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Journal de Méd. et chirurg., Déc., 1887 (Cure radicale des hernies).
- THOMAS. — Thèse de Doctorat, Paris, 1887 (De la hernie inguinale de l'ovaire).
- CHAUVEAU. — Hernies inguinales congénitales, 1888.
- LEJARS. — Gazette des hôpitaux, 3 août 1889 (Néoplasmes herniaires).
- BRUNNER. — Beitrage zur Klinike chirurg., 1889 (Hernies de l'utérus).
- HAGNER. — Journal of american médical association, mars 1889 (Hernie de l'utérus).
- CHÉNIEUX. — Société chirurgie de Paris, mai 1890 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- KRUG. — American journal of obstetric., juin 1890 (Un cas de hernie de l'ovaire, trompe et utérus).
- BOUDAILLE. — Thèse de Doctorat, Paris, 1890 (Hernie inguinale congénitale chez la femme et des hernies de l'ovaire).
- WASSILIEF. — Revue de chirurgie de Paris, 1891 (Débridement des hernies ischiatiques).
- POIRIER et PICQUÉ. — Revue de chirurgie, p. 653 et 956, 1891 (Un cas de hernie obturatrice de l'ov. et trompe).
- ROUX (de Lausanne). — Congrès français de chirurgie, 1891 (Un cas de hernie double d'org. de Müller rudim.).
- SCHWARTZ. — Congrès français de chirurgie, 1892 (Un cas de hernie double d'org. de Müller rudim.)

- J. BOECKEL. — Gazette médicale de Strasbourg, 1892 (Hernies de l'utérus).
- LEJARS. — Revue de chirurgie, janvier et février, 1893 (Hernies de la trompe seule).
- MANEGA. — Riforma medica, Naples, 1893 et 1893.
- GUINARD et DUDEFOY. — Bulletin de la Société anatomique, p. 85-88, 1893 (Un cas de hernie de la trompe).
- FELIZET. — Hernies inguinales de l'enfance, 1894.
- DEFONTAINE. — Archives provinciales de chirurgie, 1895 (Un cas de hernie de l'ovaire et utérus).
- KOUSMINE. — Clinique de chirurgie, Kazan, 1895.
- DE VAUCHER. — Thèse de Doctorat, Lyon, 1895 (Hernies inguinales de l'ovaire et trompe).
- BERGER. — Résultat de l'examen de 10.000 hernies, DUPLAY et WIART. — Société anatomie de Paris, 1897 (Hernies de la trompe).
- LEGUEU. — Société anatomie de Paris, 1897 (Hernies de l'ovaire).
- MENCIÈRE. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1897.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1897.
- CARLO MASSI. — Clinica chirurgica, 1897 (Un cas de hernie de l'ovaire, trompe et utérus).
- BIERNER. — Centralblatt für Gynæk, 1898 (Hernies des organes génitaux).
- SCHULTZ. — Thèse de Doctorat, Paris, 1898 (Hernies de la trompe de Fallope, sans hernies de l'ovaire).
- RIBEMONT, DESAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1898.

- MOZER. — Thèse de Berlin, 1898 (Des hernies de l'ovaire).
- JABOULAY. — Chapitre des Hernies (Hernies des organes génitaux internes de la femme et Hernies de l'utérus gravide. Traité de chirurgie clinique et opératoire, A. Le Dentu et P. Delbet), 1899.
- MAASS. — Berliner Klinik chirurgie, 1899 (Un cas d'étranglement de hernie de l'ovaire et trompe).
- OGÉ. — Thèse de Doctorat, Paris, 1901 (Des hernies de l'utérus et des annexes).
- KORTE. — 29^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1900 (Un cas de hernie obturatrice de l'ovaire).
- P. MORE. — Annales of surgery, 1902 (Un cas de hernie de l'ovaire).
- LE NOUENE. — (Service du Dr Sorel). Revue médicale de Normandie, janvier 1903 (Contribution à l'étude des hernies des organes génitaux de la femme dans le canal inguinal).
- SCHOPFE. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1903 (Un cas de hernie obturatrice de trompe et ovaire).
- HAIK-SEBIAN. — Thèse de Doctorat, Paris 1904 (Des hernies de la trompe et de l'ovaire).
- GARRIGUE. — Thèse de Doctorat, Paris 1904 (Hernies des ovaires).
- BROCA. — Rapport à la Société de chirurgie de Paris, janvier 1904 (Hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein).
- POZZI. — Revue de gynécologie, de 1897 à 1904).
-

